AIRLE MIRANDA DE SOUZA

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, Área de Saúde Mental.

Campinas, 23 de outubro de 2001.

Prof. Dr. Evandro Gomes de Matos
Orientador

"PÂNICO, AGORAFOBIA E ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO: O REVELAR DO COMPORTAMENTO DE APEGO"

CAMPINAS

2001

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

AIRLE MIRANDA DE SOUZA

"PÂNICO, AGORAFOBIA E ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO: O REVELAR DO COMPORTAMENTO DE APEGO"

Tese apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, área de Saúde Mental.

ORIENTADOR: *PROF. DR. EVANDRO GOMES DE MATOS*

CAMPINAS

2001

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

NIDADE 3e
Nº CHAMADA T/UNICAMP
So 89p
OMBO BC/ 48793
ROC. 16-837/02
C ☐ ☒
PREÇO R$ 11,00
DATA 07/05/02
Nº CPD

CM00167219-1

BC ID 239664

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS UNICAMP

So89p

Souza, Airle Miranda de
"Pânico, agorafobia e ansiedade de separação: o revelar do comportamento de apego" / Airle Miranda de Souza. Campinas, SP : [s.n.], 2001.

Orientador : Evandro Gomes de Matos
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Distúrbios do pânico. 2. Ansiedade . 3. Pais e filhos. I. Evandro Gomes de Matos. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Evandro Gomes de Matos

Membros:

1. Profa. Dra. Sonia Grubits
2. Profa. Dra. Hilda C. de Oliveira
3. Prof. Dr. Isac G. Karniol
4. Prof. Dr. Mario Eduardo C. Pereira
5. Prof. Dr. Evandro G. de Matos

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, área de concentração em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 23.10.01

2002/23/6

DEDICATÓRIA

In Memorian de Alba Miranda

e Nazaré Miranda

À B.I.M. e a seus familiares que, corajosamente, nos receberam e compartilharam suas experiências e cotidiano;

Ao amigo e orientador Prof. Dr. Evandro Gomes de Matos por acreditar neste trabalho e estabelecer comigo um vínculo seguro;

À Profa.Dra. Marilena Emmi Araújo por muito ter ensinado sobre ciência e pesquisa e pela força, carinho e apoio amigo de todas as horas;

À Edicélia Duarte (Bá) e Lene Silva pela amizade e carinho dedicados no dia a dia da vida;

À mãe-Riete, Dinda-Glades e ao Dedé- Pierre pela força nos momentos de dor e pela maneira carinhosa que me receberam em sua família;

Ao meu pai Sadi Palheta que desde muito cedo alertou sobre a importância dos vínculos afetivos e em especial à minha mãe-amiga Alba Miranda e minha avó Nazaré Miranda (in memorian) por terem sido exemplo de apego seguro;

À Direção do Hospital Universitário Betina Ferro Souza (HUBFS), Dr. Benedito da Costa Maués e Dra. Maria Mercês Meireles Sovano e demais profissionais, por terem acolhido o Projeto " Instituição, Família e Saúde Mental";

Ao Coordenador do Ambulatório de Ansiedade e Depressão-AMBAD do HUBFS, Dr. Marco Aurélio Valle de Moraes, pela amizade e parceria, e aos demais pesquisadores desse ambulatório;

Ao amigo e parceiro do cotidiano institucional Dr. Laércio Pontes Frances, que gentilmente colaborou na avaliação dos dados obtidos;

A todos os Estagiários e Bolsistas (passados, atuais e futuros) que lutam e trabalham no Projeto "Instituição, Família e Saúde Mental" e em especial aos amigos-alunos: Alex, Oswaldo, Angela, Sandro, Celina, Lília e Arina que compartilharam e colaboraram ao emergir deste estudo;

À Universidade Federal do Pará-UFPa, em especial a Direção do Centro de Filosofia e Ciências Humanas, e aos colegas do Departamento de Psicologia Social e Escolar os quais muito me ensinaram sobre a importância dos vínculos;

Aos amigos que me contaram histórias de força e determinação, cultivando a amizade;

Aos Deuses que sempre iluminaram e iluminam minha jornada.

"(...) pois sendo então todas as coisas causadas e causadoras, ajudadas e ajudantes, mediata e imediatamente, e todas se relacionando por um vínculo natural e insensível que liga as mais afastadas e mais diferentes, creio ser tão impossível conhecer as partes sem conhecer o todo como conhecer o todo sem conhecer particularmente as partes."

Pascal Pensée

PÁG.

RESUMO ..... *xxxi*

INTRODUÇÃO 35

CAPÍTULO 1: COMPARTILHANDO CAMINHOS ANTERIORES 43

CAPÍTULO 2: A ANSIEDADE 55

2.1. Definição de ansiedade 57

2.2. Ansiedade normal e patológica 66

2.2.1. Transtorno de ansiedade e separação 75

2.2.2. Transtorno de pânico 83

2.3. Os estudos sobre a relação entre transtorno de pânico e transtorno de ansiedade de separação 99

CAPÍTULO 3: A TEORIA DO APEGO DE JOHN BOWLBY 115

3.1. Breve histórico 117

3.2. Sobre o vínculo afetivo 121

3.3. A teoria do apego ou da ligação 123

3.4. O processo de apego 130

3.5. Fases do desenvolvimento do apego 132

3.5.1. Primeira Fase: Estágio do Pré-Apego (nascimento - 8 semanas) 132

3.5.2. Segunda Fase: Formação do Apego (8 - 10 semanas a 6 meses) 133

3.5.3. Terceira Fase: Definição do Apego (6 - 24 meses) 134

3.5.4. Quarta Fase: Figura Materna como Figura Independente (a partir de 24 meses) 134

3.6. Ansiedade de separação 139

3.7. Modelos de apego 143

3.7.1. Apego seguro 144
3.7.2. Apego ansioso resistente ou ambivalente 145
3.7.3. Apego ansioso com evitação 145
3.8. Padrões de parentalidade patogênicos 147
CAPÍTULO 4: OBJETIVOS 161
4.1. Geral 163
4.2. Específicos 163
CAPÍTULO 5: METODOLOGIA 165
5.1. Refletindo sobre o método, a revelação do fenômeno, as abordagens qualitativas e o estudo de caso 167
5.2. Considerações sobre o método clínico 174
5.3. Definindo operacionalmente o vínculo 178
5.4. Os procedimentos estratégicos rumo à coleta dos dados 184
5.5. A coleta dos dados 187
5.5.1. Sujeito 187
5.5.2. Ambiente 187
5.5.3. Instrumentos 187
5.5.3.1. Sobre os instrumentos 188
5.5.3.2. Sobre o número de entrevistas, objetivos, instrumentos e período de realização 203
5.6. A análise dos dados 206
5.6.1. Os procedimentos de análise durante e após coleta dos dados 207
CAPÍTULO 6: RESULTADOS 211
6.1. Dados gerais de identificação 213
6.1.1. Sobre o sujeito 213

6.1.2. Onde e com quem reside 213
6.1.3. Renda individual e familiar 214
6.1.4. Religião 214
6.1.5. Família atual (esposo e filhos) 215
6.1.6. Família de origem (pais e irmãos) 218
6.2. A busca pelo atendimento e o tratamento realizado 227
6.3. Investigando a ansiedade 231
6.3.1. Sobre o motivo da primeira consulta 231
6.3.2. A vivência das crises de pânico e da agorafobia 232
6.4. O relato de vida – vínculos 240
6.4.1. A primeira infância (0 a 3 anos) 240
6.4.2. A infância intermediária (3 a 11 anos) 244
6.4.3. Sobre a ansiedade de separação 252
6.4.4. Modalidade de apego 253
6.4.5. O final da infância e adolescência 258
6.4.6. Vida adulta 262
6.5. O encontro sujeito x pesquisadores 278
6.6. Completando as fábulas e desenhando seu mundo 295
CAPÍTULO 7: DISCUSSÃO 321
CAPÍTULO 8: CONSIDERAÇÕES FINAIS 361
SUMMARY 367
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 371
ANEXOS 393

AMBAD	- Ambulatório de Ansiedade e Depressão
B.I.M.	- Iniciais Nome Fictício do Sujeito
CID	- Classificação Internacional de Doenças
CNPq	- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DSM	- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DPSE	- Departamento de Psicologia Social e Escolar
h.	- Hora
HUBFS	- Hospital Universitário Betina Ferro Souza
HUJBB	- Hospital Universitário João de Barros Barreto
P	- Pesquisador
S	- Sujeito
UFPa	- Universidade Federal do Pará

PÁG.

Anexo 1: Ficha de Identificação: Encaminhamento, Dados de Identificação, Contrato e Consentimento Pós-Informação..... 395

Anexo 2: Entrevista Semi-Estruturada: Dados Clínicos..... 399

Anexo3: Anamnese Padronizada para Transtornos Ansiosos..... 403

Anexo 4: Entrevista Semi-Estruturada: Aspectos Descritivos da História de Vida..... 417

Anexo 5: Entrevista Não-Estruturada: Relato Livre da História de Vida 427

Anexo 6: Desenho da Casa, Árvore e Pessoa; Desenho da Família; Desenho Livre..... 429

Anexo 7: Teste das Fábulas..... 435

Anexo 8: Entrevista Familiar Estruturada-EFE..... 437

PÁG.

Figura 1: Curva de Yerkes-Dodson: Relação entre Níveis de Ansiedade e Desempenho 69

Figura 2: Manifestação da Tensão 72

Figura 3: Representação Gráfica Família Atual (Esposo e Filhos) 218

Figura 4: Representação Gráfica Família de Origem (Pais e irmãos) 226

Figura 5: Desenho da Casa 306

Figura 6: Desenho da Árvore 310

Figura 7: Desenho Figura Humana$_1$ 312

Figura 8: Desenho Figura Humana$_2$ 315

Figura 9: Desenho da Família 317

Figura 10: Desenho Livre 319

PÁG.

Quadro 1: Sintomas Somáticos da Angústia..... 59

Quadro 2: Sintomas e Sinais Relacionados à Ansiedade..... 72

Quadro 3: Diagnóstico Diferencial..... 74

Quadro 4: Critérios Diagnóstico para Transtorno de Ansiedade de Separação Segundo o DSM-IV..... 79

Quadro 5: Critérios Diagnóstico para Ataque de Pânico Segundo o DSM-IV... 90

Quadro 6: Critérios Diagnóstico para Agorafobia Segundo o DSM-IV..... 91

Quadro 7: Critérios Diagnóstico para Transtorno de Pânico sem Agorafobia Segundo o DSM-IV..... 94

Quadro 8: Critérios Diagnóstico para Transtorno de Pânico com Agorafobia Segundo o DSM-IV 95

Quadro 9: Desenvolvimento do Comportamento de Apego..... 137

Quadro 10: Sobre o Número de Entrevistas, Objetivos, Instrumentos e Período de Realização..... 204

Quadro 11: Sobre o Número de Encontros, Tempo de Duração e Objetivos..... 293

----	*A frase não foi completada*
//--//	*Pausa Breve*
//----//	*Pausa Longa*
□	*Sexo Masculino*
O	*Sexo Feminino*
X	*Morte*
/----------/	*União Livre Breve*
/_____/	*Casamento Legal, União livre Longa*
_____/ /_____	*Separação, Divórcio, Rompimento*
/ / / / /	*Filhos*
|	*Adoção*
|	

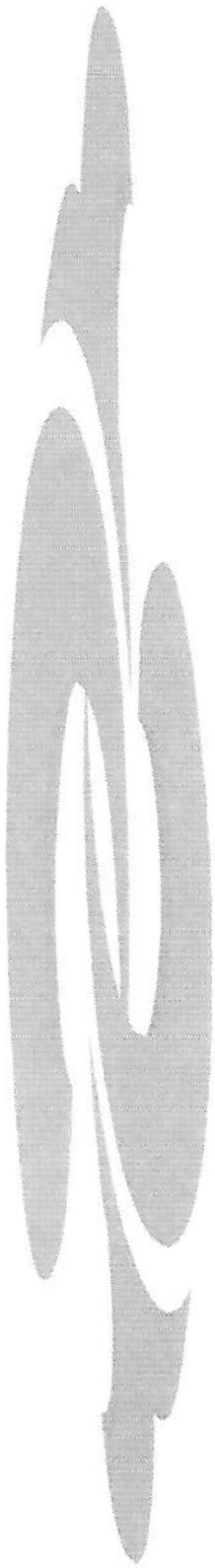
RESUMO

Neste estudo investigamos os vínculos afetivos nas manifestações do pânico, agorafobia e ansiedade de separação, sob o enfoque da Teoria do Apego de John Bowlby. Para tanto, descrevemos e avaliamos o Comportamento de Apego de um indivíduo diagnosticado com Transtorno de Pânico com Agorafobia segundo os critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-(DSM-IV). Ressaltamos, também, a vivência particular do sujeito, em relação às crises de pânico e sintomas agorafóbicos, e as características dos vínculos estabelecidos com figuras de apego.

A partir de uma abordagem qualitativa, descrevemos as experiências e vivências, tanto do sujeito investigado como também dos pesquisadores. São cores, movimentos, eventos, vínculos, crenças, entre outras, expressões únicas do sujeito, que buscamos apreender e revelar.

Em relação ao caso em estudo, destacamos o comportamento de inibição, a ansiedade de separação em relação às figuras importantes de vinculação, as situações de separação e perdas, o desamparo e a impotência vivenciada pelo sujeito diante da doença e da própria vida. Como modalidade de apego, identificamos o Apego Ansioso Resistente ou Ambivalente, assim como, a presença de uma interação familiar dificultadora do desenvolvimento emocional de seus membros em relação ao grupo familiar atual ou nuclear do sujeito.

Esse estudo chama atenção ao importante papel desempenhado pelo grupo familiar, na promoção de defesa da vida, e como base segura na construção da saúde individual e grupal. Remete, também, a possibilidade de avaliarmos os modelos de apego estabelecidos e/ou mantidos quer como figuras principais ou subordinadas e, na eterna dança da vida de contato e afastamento, modificarmos modelos disfuncionais de apego no aqui e agora.



INTRODUÇÃO

A ansiedade faz parte da existência humana. É compreendida como um fenômeno necessário à sobrevivência do homem, por sua função de defesa e proteção à vida. Apresenta-se como um conjunto de manifestações físicas e psíquicas, que alertam tanto para perigos internos como externos. Mas a ansiedade pode também assumir dimensões patológicas, perdendo seu papel funcional e adaptativo, dependendo do contexto onde se manifesta, do grau de intensidade e duração, dos fatores desencadeantes e de como é vivenciada pelo indivíduo. É comum estar presente nas condições de estresse, distúrbios endócrinos, neurológicos, intoxicação por drogas ou em outras condições médicas. Também se manifesta como sintoma de alguns quadros psiquiátricos, ou desempenhando papel fundamental em outros.

A ansiedade de separação, um fenômeno normal do desenvolvimento infantil, pode assumir dimensões patológicas, enquanto base de um transtorno evidenciado na infância ou adolescência, o Transtorno de Ansiedade de Separação. Esse transtorno é caracterizado pela ansiedade extrema precipitada pela separação dos pais, do lar ou de outros ambientes familiares. A ansiedade é maior que a normalmente esperada para o nível de desenvolvimento e não pode ser explicada por qualquer outro transtorno. A proeminência da ansiedade é semelhante às perturbações do pânico, agorafóbicas e de ansiedade generalizada. Os objetos de apego principais são, geralmente, um dos pais ou substitutos, mas pode ser um brinquedo favorito ou um lugar familiar. Apresentações comuns incluem medo mórbido da morte dos pais, recusa à escola, pesadelos, somatizações, etc. Embora a ansiedade esteja centralizada em torno da separação de um dos pais, o medo pode, ao contrário, manifestar-se como um medo antecipatório de ser ferido, raptado ou morto. A saudade pode ser livremente descrita por crianças pequenas, mas pode ser difícil de ser admitida por adolescentes.

De acordo com TALBOTT *et al.* (1992), mais de 92% das crianças com Transtorno de Ansiedade de Separação apresentam, também, outros transtornos psiquiátricos, geralmente de ansiedade ou de humor. A alta prevalência de psicopatologia concomitante e os riscos ao desenvolvimento, a longo prazo, requerem atenção clínica antecipatória.

Por outro lado, o Transtorno de Pânico é caracterizado pela ocorrência de Ataques de Pânico, inesperados e recorrentes, isto é, um período de medo no qual há início súbito de intensa apreensão, terror ou temor, freqüentemente associados com sentimentos de catástrofe iminente. Durante os ataques, sintomas somáticos e cognitivos estão presentes. O Transtorno de Pânico pode ocorrer com a presença ou não de agorafobia. A agorafobia refere-se à ansiedade ou esquiva a locais ou situações das quais poderia ser difícil ou embaraçoso escapar, ou nas quais o auxílio possa não estar disponível no caso de ter um Ataque de Pânico

Tanto no Transtorno de Ansiedade de Separação, observado na infância e adolescência, como no Transtorno de Pânico com Agorafobia, da vida adulta, a ansiedade usualmente leva à esquiva de uma variedade de situações, como, por exemplo, estar sozinho fora de casa, resultando em limitações acadêmica, social, profissional, etc. Comumente, indivíduos que apresentam esses transtornos exigem a presença de uma pessoa de confiança para enfrentar ou suportar as situações temidas, como também evitam ficar sozinhos, exigindo a presença de uma figura significativa, permanentemente ao seu lado. São comuns, também nesses indivíduos, a preocupação acerca da saúde ou separação de pessoas queridas, assim como, o início dos sintomas ou sua exacerbação estarem associados a perdas ou rompimentos de relacionamento interpessoais importantes.

O presente trabalho é mais uma etapa no estudo do Transtorno do Pânico, do Transtorno de Ansiedade de Separação e dos vínculos humanos. É compreendido, à medida que descrevemos sua história, a qual foi iniciada no ano de 1993 com o trabalho de investigação da associação entre o Transtorno de Pânico e o Transtorno de Ansiedade de Separação. Esse trabalho inicial foi desenvolvido no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas–UNICAMP e apresentado pela referida pesquisadora à Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, no ano de 1996, como dissertação de mestrado.

Como objetivo geral do presente estudo, destacamos o de investigar o comportamento de apego nas manifestações de pânico, ansiedade de separação e de agorafobia. Na realização deste, optamos por uma abordagem qualitativa, na qual destacamos a vivência única do sujeito investigado e dos sujeitos investigadores, assim

como da relação entre esses. Para tanto, foi realizado um estudo de caso de uma paciente diagnosticada com Transtorno de Pânico com Agorafobia segundo os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-(DSM-IV), atendida no Ambulatório de Ansiedade e Depressão-(AMBAD) do Hospital Universitário Betina Ferro Souza-(HUBFS) da Universidade Federal do Pará-(UFPa).

Como atores que participaram do presente estudo, destacamos a cliente, denominada ao longo deste estudo de B.I.M. (sujeito-S) e os demais membros de seu grupo familiar constituído por esposo e filhas; os pesquisadores, os quais incluem a autora deste estudo, descrita como pesquisador um (P1); um grupo de outros pesquisadores constituído por dois estagiários, alunos do Curso de Psicologia da UFPa, e bolsistas de iniciação científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico(CNPq), vinculados ao Projeto de Pesquisa "Instituição, Família e Saúde Mental", desenvolvido no Hospital Universitário Betina Ferro Souza-UFPa, sob a coordenação do pesquisador um, os quais são denominados de pesquisadores dois e três (P2 e P3); um médico psiquiatra denominado de pesquisador quatro (P4), o qual participou como avaliador externo, e demais participantes dos grupos de estudo constituídos por estagiários do Curso de Psicologia da UFPa, e outros bolsistas de iniciação científica, vinculados ao Projeto de Pesquisa "Instituição, Família e Saúde Mental".

Como teoria de base para a investigação dos vínculos humanos, elegemos a Teoria do Apego de John Bowlby, por destacar e investigar a propensão dos seres humanos em formarem fortes vínculos afetivos com os demais e avaliá-los ao longo de seu desenvolvimento.

Vale destacar que em todo processo de construção e realização do presente estudo, estivemos envolvidos em reflexões e discussões, acerca da produção do conhecimento científico, e nas diferentes formas de comunicação e apresentação do conhecimento produzido.

Com os dados já coletados, reflexões e análise dos dados em curso, nos aproximávamos do momento de comunicar resultados, descrever o modo de proceder do pesquisador e de compartilhar experiências. Desse modo, refletíamos também sobre o sentido de uma tese.

Recorrendo àqueles que se dedicaram a metodologia do trabalho científico, encontramos as definições de LAKATOS & MARCONI (1991), em sua terceira edição, revista e ampliada, os quais esclarecem que são várias, mas não contraditórias, as definições do termo tese. Entre as diversas definições apresentadas por esses autores destacamos a de BARRASS (1979, p. 152) apud [LAKATOS & MARCONI (1991)] que definiu tese como a *"opinião ou posição que alguém sustenta e está preparado para defender"*. Ainda segundo LAKATOS & MARCONI (1991, p. 166) a tese pode ser considerada como *"um teste de conhecimento para o candidato, que deve demonstrar capacidade de imaginação, de criatividade e habilidade não só para relatar o trabalho, mas também para apresentar soluções para um determinado problema"*. Enfatizando ainda as considerações de SIQUEIRA (1969, p. 47) apud [LAKATOS & MARCONI (1991)], ressaltam esses autores que o pesquisador deverá *"estudar e resolver uma questão ainda não explorada, esforçando-se para que sua tese seja uma verdadeira contribuição aos conhecimentos humanos existentes."*

Nossas reflexões acerca da produção do conhecimento científico e as experiências vividas na execução deste estudo nos impulsionavam a compreender que uma tese retrata também um estilo, um modo de ser daquele que investiga uma dada realidade e, por assim compreender, revela também a relação sujeito-investigador e sujeito-investigado, relação esta entendida como o encontro entre dois ou mais sujeitos no aqui e agora. Fomos levados, também, a compreender que produzir uma tese exige de seu autor a disponibilidade para revelar e revelar-se, e, ainda, por exigir do pesquisador a capacidade e maturidade para compartilhar experiências e resultados. Vale ainda considerar, neste processo, o contexto no qual a mesma foi desenvolvida e o processo histórico de elaboração desta.

Desse modo, na apresentação do referido estudo, elegemos para o Capítulo 1 descrever e compartilhar caminhos, anteriormente percorridos, os quais motivaram e subsidiaram o presente estudo.

No Capítulo 2, voltamos nossa atenção ao estudo da ansiedade, do Transtorno de Pânico e do Transtorno de Ansiedade de Separação. Apresentamos, também, neste capítulo, os estudos que destacaram a relação entre esses dois transtornos de ansiedade.

Posteriormente, no Capítulo 3, apresentamos a Teoria do Apego de John Bowlby, enfatizando a mesma, enquanto caminho possível e relevante ao estudo dos vínculos humanos, assim como, descrevendo os pressupostos teóricos dessa abordagem, os quais nortearam e subsidiaram o presente estudo.

No Capítulo 4, ocupamo-nos em descrever os objetivos gerais e específicos estabelecidos para esse estudo.

No Capítulo 5, intitulado Metodologia, apresentamos o caminho percorrido e as estratégias elaboradas para a consecução dos objetivos, destacando os procedimentos e instrumentos utilizados.

No Capítulo 6, compartilhamos os resultados obtidos, descrevendo a partir da reconstrução do próprio sujeito, sua história de vida, a vivência das crises de pânico e da agorafobia, os vínculos estabelecidos com figuras de apego, suas descrições acerca do comportamento de apego, em relação às figuras significativas, e destacamos as características desse comportamento manifesto em relação aos pesquisadores. Destacamos, também, o Modelo de Apego relacionado ao caso em estudo, os Padrões de Parentalidade e as características de interação do grupo familiar nuclear.

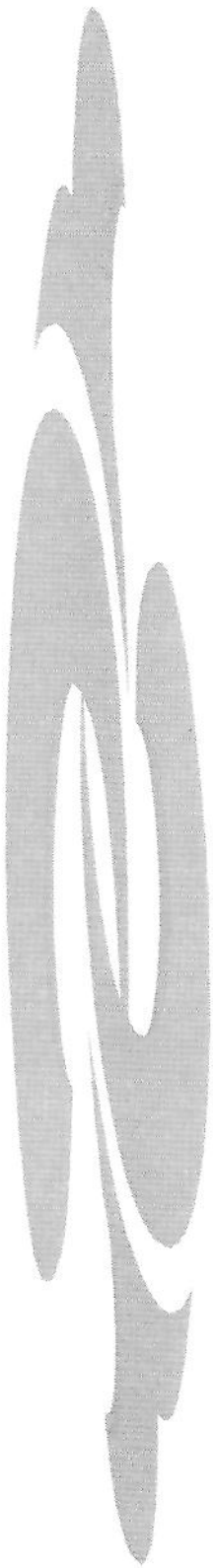
No Capítulo 7, apresentamos a discussão sobre os dados obtidos. Na discussão dos resultados, levamos em consideração os pressupostos apresentados na Teoria do Apego e de outros estudos que investigaram o Transtorno de Pânico e Transtorno de Ansiedade de Separação.

Posteriormente, no Capítulo 8, tecemos as considerações finais pertinentes ao estudo.

Verdadeiramente, desejamos que este estudo possa contribuir para a compreensão e abordagem do homem de maneira holística, destacando-o também como ser em relação. Neste sentido, que o mesmo possa lançar luz sobre a importância das relações interpessoais na construção e promoção da saúde individual e coletiva.

Esperamos, também, que possa estimular e contribuir à reflexão-ação, quanto a necessidade de uma maior e melhor vinculação, no aqui e agora, entre cônjuges, pais e filhos, alunos e professores, profissionais de saúde e clientes, profissionais de saúde e educadores, assim como, entre os diversos profissionais de saúde.

Que, na eterna dança da vida de contato e afastamento, possamos nos aproximar da humanidade do homem, como, também, reduzir a visão fragmentada desse mesmo homem e, desse modo, compreendê-lo enquanto homem-todo e como um todo em seu desenvolvimento.



CAPÍTULO 1: COMPARTILHANDO CAMINHOS ANTERIORES

No período de 1993 a 1996, desenvolvemos, no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da UNICAMP, um estudo buscando investigar a associação entre o Transtorno de Pânico e o Transtorno de Ansiedade de Separação. Participaram desse estudo, constituindo o grupo de casos, 30 indivíduos, de ambos os sexos, diagnosticados segundo os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental-(DSM-IV), como apresentando Transtorno de Pânico com ou sem Agorafobia **(Grupo GI-TPa)**. O grupo controle (**Grupo GIII-N)**, pareado por sexo e idade, foi composto por 30 indivíduos que acompanhavam pacientes não psiquiátricos e por 8 pacientes que preenchiam os critérios diagnósticos do DSM-IV para Transtorno Depressivo Maior **(Grupo GII-D).** Não foi possível parearmos este último grupo, por sexo e idade, em relação ao grupo de casos, e nem totalizarmos o número controle necessário (SOUZA,1996$_a$).

Quanto ao diagnóstico principal do grupo de casos **(Grupo GI-TPa),** verificamos que 24 (80%) indivíduos desse grupo apresentavam Transtorno de Pânico com Agorafobia e 6 (20%) Transtorno de Pânico sem Agorafobia. Dos 24 indivíduos diagnosticados com Transtorno de Pânico com Agorafobia, 8 (33.33%) eram do sexo masculino e 16 (66,67%) do sexo feminino. No subgrupo de indivíduos com Transtorno de Pânico sem Agorafobia, 2 (33,33%) eram do sexo masculino e 4 (66,67%) do sexo feminino.

Quanto aos sintomas apresentados durante os ataques de pânico, o ritmo cardíaco acelerado, palpitações, falta de ar, sufocamento e asfixia foram os de maior freqüência, sendo relatados por todos os pacientes. O de menor freqüência foi o sentimento de desrealização, relatado por 47% dessa amostra. Quanto aos sintomas apresentados, durante os ataques de pânico, os que apresentaram maior freqüência foram: aperto na garganta (97%), cabeça pesada (70%), cefaléia (67%) e boca seca (60%). Entre as características manifestas após os ataques, as alterações do comportamento e as preocupações quanto às implicações ou conseqüências dos ataques de pânico foram relatadas por 90% dos indivíduos, seguidas pela preocupação acerca de ter outros ataques, que foram descritas em 83% desse grupo.

Quanto aos locais ou situações que despertavam ansiedade, estar fora de casa desacompanhado, em meio à multidão, viajar de ônibus, de trem ou de automóvel foram relatados por 80% dos indivíduos desse grupo. Permanecer em uma fila e estar em uma ponte foram relatados em 40% e 37% dos casos, respectivamente.

Embora todos os indivíduos do **Grupo GI-TPa** tenham relatado os primeiros ataques de pânico como espontâneos, muitos pacientes associaram os ataques a determinados fatores precipitantes. A morte de um familiar ou amigo foi relatada por 33,3% desses indivíduos como precipitante dos ataques, exercício físico em 16,7% e o uso de álcool em 13,3%. Quanto aos fatores de proteção aos ataques, estar acompanhado (86,66%) e estar em casa (83,33%) foram as situações que apresentaram maior freqüência.

Acerca dos escores obtidos para Escala de Fobia (DPMP-UNICAMP/Adaptada), verificamos uma maior freqüência do comportamento de medo/evitação para os escores marcadamente/extremo, no **Grupo GI-TPa,** para as seguintes situações: sair de casa sozinho (medo=50%, evita=24%); ficar sozinho em casa (medo=54%, evita=17%); ruas movimentadas (medo=70%, evita= 37%); espaços fechados (medo=54%, evita=47%); veículos de transportes fechados (medo=70%, evita=47%); lugares super lotados (medo=73%, evita=60%) e morrer (medo=77%). Para as situações "separar-se dos pais" e "separar-se dos filhos", verificamos, no **Grupo GI-TPa,** maior freqüência para os escores marcadamente/extremo para a situação "separar-se dos filhos" (medo=60%, evita=60%).

Através desse estudo inicial, foi possível identificar que dos 68 indivíduos avaliados (30 pacientes com Transtorno de Pânico com ou sem Agorafobia-**Grupo GI-TPa,** 8 pacientes com Transtorno Depressivo Maior-**Grupo GII-D** e 30 pacientes normais-**Grupo GI-TPa**), 22 (32%) indivíduos preenchiam os critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - (DSM-IV) para Transtorno de Ansiedade de Separação na infância ou adolescência. Destes 22, 12 (54%) eram do Grupo **GI-TPa**, 5 (23%) do Grupo **GII-D** e 5 (23%) do Grupo **GIII-N**.

Vale ressaltar, que 12 (40%) dos 30 indivíduos com Transtorno de Pânico com ou sem Agorafobia, 5 (60%) dos 8 indivíduos com Transtorno Depressivo Maior e 5 (17%) dos indivíduos "supostamente normais" preenchiam os critérios diagnóstico do DSM-IV para Transtorno de Ansiedade de Separação na infância ou adolescência. Quando comparados através do Teste X^2 (Qui-Quadrado), os **Grupos GI-TPa** e **GIII-N,** em relação à freqüência do Transtorno de Ansiedade de Separação, verificamos que a presença do Transtorno da Ansiedade de Separação foi significativamente maior no **Grupo GI-TPa**, constituído por indivíduos com Transtorno de Pânico com ou sem Agorafobia do que do grupo controle, onde $p<0,05$.

Ainda a respeito desse estudo inicial, após a realização de um estudo piloto, elegemos como instrumentos de pesquisa o modelo de Anamnese Dirigida, do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria-DPM da UNICAMP, o relato livre da história de vida e escalas de avaliação para sintomas ansiosos e fobias. Por ocasião da coleta dos dados, observamos a necessidade de três encontros para a realização das entrevistas, com duração de aproximadamente 50 minutos cada. Os atendimentos semanais, embora não apresentassem objetivos psicoterápicos, mostraram-se de suma importância à medida que favoreciam o estabelecimento e o revelar da relação pesquisador-sujeito/pesquisado.

Nos relatos dos pacientes diagnosticados com Transtorno de Pânico com ou sem Agorafobia e nas interações entre pesquisador e sujeito investigado, destacamos o comportamento dependente, as situações de perdas que antecediam os sintomas de pânico, o desamparo e a impotência vivenciada diante da doença e da própria vida.

Na compreensão da qualidade desta relação, levamos em consideração o fenômeno da transferência. ETCHEGOYEN (1989) enfatizou os fenômenos da transferência e contratransferência durante o processo da entrevista. Segundo esse autor, é no curso da entrevista que o entrevistado reproduz conflitos e pautas de seu passado, que vão assumir uma vigência atual, uma realidade psicológica imediata e concreta, onde o entrevistador é investido de um papel que não lhe corresponde. Este por sua vez, não responde a todos esses fenômenos de forma totalmente lógica, mas também de maneira inconsciente. Nesse caso, é necessário habilidade suficiente do entrevistado, e preparo para o manejo de tais questões.

GREENSON (1981, *p. 171*) descrevendo o fenômeno da transferência a definiu como *"a vivência de sentimentos, impulsos, atitudes e fantasias e defesas em relação a uma pessoa do presente que não visam àquela pessoa mas constituem uma repetição das relações surgidas em relação às pessoas importantes da infância primitiva, inconscientemente deslocadas para figuras no presente"*. Enfatizou ainda, esse autor, que as reações transferenciais são repetições de um relacionamento objetal do passado e que os objetos que foram fontes originais da reação transferencial são as pessoas significativas dos primeiros anos de vida de uma criança.

KNOBEL (1986) destacou que o fenômeno transferencial é inerente a toda relação humana. Desse modo, em cada encontro ocorre um vínculo transferencial, visto que o mundo interno se mobiliza e é projetado no outro. Contudo, enfatizou que a neurose de transferência é um artifício da técnica psicanalítica, sendo a mesma produzida pelas interpretações que induzem à regressão.

Sobre o fenômeno da transferência, ETCHEGOYEN (1989) também descreve-a enquanto fenômeno geral, universal, espontâneo e básico de toda relação humana, constituindo-se em um elo entre passado e presente. Nesse, os sentimentos, impulsos e desejos que aparecem na atualidade, e, em relação a uma determinada pessoa (objeto), não são explicados em termos dos aspectos reais dessa relação, mas sim em relação ao passado do indivíduo.

Embora fenômeno presente nas relações humanas, é através do processo psicanalítico que a mesma é detectada e tornada consciente. Como destacam LAPLANCHE E PONTALIS (1992, *p. 514*), em psicanálise a transferência designa *"o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da relação analítica. Trata-se aqui de uma repetição de protótipos infantis vivida com um sentimento de atualidade acentuada. (...) é classicamente reconhecida como o terreno em que se dá a problemática de um tratamento psicanalítico pois são a sua instalação, as suas modalidades, a sua interpretação e a sua resolução que caracterizam este"*. A neurose de transferencia refere-se a *"neurose artificial em que tendem a organizar-se as manifestações de transferência. Constituindo-se em torno da relação com o analista; é uma nova edição da neurose clínica (....)"* (LAPLANCHE E PONTALIS,1992, *p. 309).*

Ainda a respeito desse estudo inicial, vale destacar que optamos pelo método quantitativo, certos de que a opção por um método traria, obrigatoriamente, a perda e vantagens dos demais. Assim, no tratamento e apresentação dos dados obtidos optamos por apresentar os relatos e experiências de modo numérico e gráfico, destacando o que de mais geral havia em cada grupo.

Como destaca ANDRADE (1991, *p. 85.*), a respeito do método, *"a possibilidade limitada de medirmos certos fenômenos emocionais, contribui enormemente a sua compreensão, desde que se respeite o valor das medidas, já que o quantitativo quando bem manejado, permite inferências e generalizações bastante úteis. Mas o estudo do conteúdo não mensurável dos relatos e depoimentos fornecem elementos subjetivos que enriquecem e dão vida às conclusões estatísticas".*

Refazendo o caminho, experiências e motivações que influenciaram o presente estudo, vale ainda destacar a vivência, indagações e reflexões da pesquisadora enquanto docente e psicoterapeuta.

Enquanto docente do Departamento de Psicologia Social e Escolar (DPSE) da Universidade Federal do Pará (UFPa) e Supervisora do Estágio da disciplina Psicologia das Organizações no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), hospital público da cidade de Belém, referência no atendimento às doenças infecto-parasitárias, eram comuns as observações e reflexões sobre a importância dos vínculos humanos, nas organizações de saúde, assim como a busca de estratégias no sentido de favorecer as relações interpessoais em equipes multidisciplinares. Também, atenta à análise da implicação, questionava como favorecer e estimular o aluno rumo ao exercício profissional, exercício este que pressupõe o contato com um outro indivíduo. Esse outro identificado enquanto cliente, família, comunidade, outros profissionais de saúde, etc.

Nesse sentido, era revelado e descobria-se, na prática diária, a importância dos vínculos humanos, tanto no que diz respeito à relação docente-discente, terapeuta-cliente, profissional de saúde versus outros profissionais, e, indagava-se sobre o papel desses na promoção da saúde. Assim, a relação médico-paciente, paciente-equipe de saúde, paciente-família, profissional de saúde-organização e instituições revelava-se foco de atenção e de investigação cotidiana.

A percepção de ser a doença não só um fenômeno biológico, mas, também psico-social-cultural-histórico impulsionava, a compreensão do homem como um todo, evidenciando cada vez mais a necessidade da interdisciplinaridade, na compreensão e atendimento ao homem-sujeito, e na urgência da melhoria da qualidade de vida da população de um modo geral.

O trabalho desenvolvido pela pesquisadora estava sob influência da formação em Psicoterapia de Base Psicanalítica, e dos estudos, acerca do referencial teórico da Psicologia Institucional (BLEGER, 1989_a). Somavam-se a esses a leitura de autores ligados ao movimento institucionalista, tais como LOURAU (1975), LAPASSADE (1983), BAREMBLITT (1996), entre outros.

Sobre a Psicologia Institucional, vale destacar que essa se caracteriza pelo âmbito (as instituições) e por seus modelos conceituais, exigindo uma postura permanentemente investigadora, para que surjam instrumentos e conhecimentos técnicos que os viabilizem. Apresenta, como proposta de intervenção, o trabalho que abarca o conjunto das relações que vão se constituindo, modificando ou cristalizando-se nas instituições (BLEGER, 1989_a). Nesse sentido, o profissional de saúde mental é caracterizado como um técnico das relações interpessoais.

> *"Psicologia Institucional abarca, então, o conjunto de organismos de existência física concreta, que têm um certo grau de permanência em algum campo ou setor específico da atividade ou vida humana, para estudar neles todos os fenômenos que se dão em relação com a estrutura, a dinâmica, funções e objetivos da instituição".*
>
> BLEGER, 1989_a, p. 37

Por outro lado, o referencial teórico da Análise Institucional, tendo como principais expoentes Georges Lapassade e René Lorau, destacou como proposta central de ação e pesquisa propiciar aos coletivos os processos auto-analíticos e autogestivos. De acordo com BAREMBLITT (1996, p. *156, 157*), a auto-análise compreende *"o processo de produção e re-apropriação, por parte dos grupos de um saber acerca de si mesmos, suas*

necessidades, desejos, demandas, problemas, soluções e limites". A auto-gestão refere-se ao *"processo e resultado da organização independente que os coletivos se dão para gerenciar sua vida"*.

Como pesquisadora e coordenadora do Projeto de Pesquisa "Instituição, Família e Saúde Mental", desenvolvido no Hospital Universitário Betina Ferro Souza, situado às margens do Rio Guamá, no Campus Universitário da cidade de Belém, responsável pela orientação de bolsistas de iniciação científica e pela supervisão de alunos de trabalho de conclusão de curso, observava as dúvidas, angústias e fantasias destes em relação ao contato com o cliente-sujeito. A dinâmica das relações interpessoais e sua importância, embora amplamente descritas na literatura e trabalhada nas supervisões, não eram suficientes para instrumentalizar o aluno ao encontro com o cliente. Tais angústias e dúvidas eram comumente expressas em questionamentos, tais como: e agora, que vou fazer frente ao cliente? Como e por onde começar? Sou pesquisador-psicoterapeuta? Sendo psicoterapeuta, sou pesquisador? O que dizer inicialmente? Dúvidas e angústias estas que se revelavam, em relação ao encontro, no aqui e agora.

Também chamavam atenção os fenômenos contratransferenciais, fenômenos esses presentes tanto na relação estabelecida com objetivos psicoterápicos e/ou de pesquisa e, que, portanto, necessitavam ser interpretados e manejados. A contratransferência refere-se a mobilização do terapeuta, ou seja, ao conjunto das reações inconscientes deste à pessoa do analisando (LAPLANCHE & PONTALIS, 1992).

Como destaca PIÉRON (1993), a contratransferência refere-se aos sentimentos afetuosos ou hostis do analista em relação ao cliente. Esses, quando inconscientes, correm o risco de comprometer o êxito do tratamento, o qual pode estagnar-se ou favorecer seu fracasso antes que o analista os tenha percebido e manejado. Nesse sentido, o fenômeno da transferência e contratransferência constituem-se elementos essenciais da relação analista-analisando e, embora não sejam foco específico de atenção, em outras modalidades de atendimento, devem ser levados em consideração.

Acerca da contratransferência, KNOBEL (1986) destaca que nessa ocorre um processo de mobilização por parte do terapeuta que, quanto mais despreparado, quanto menos conhecimento e quanto mais conflitivamente experiencie os problemas de seus pacientes, mais esse se distancia da concepção teórica psicanalítica e muito, ainda, de sua aplicação prática. No que diz respeito à relação terapeuta-cliente, destaca ainda esse autor ao definir a Psicoterapia Breve de Base Psicanalítica sobre a "modalidade relacional" do paciente, ou seja, a maneira básica do mesmo comportar-se e relacionar-se com o terapeuta, que se estabelece no uso que faz de seus mecanismos de defesa.

Ainda, enquanto psicoterapeuta, realizando o atendimento psicológico a pacientes internados em enfermarias, atenta aos fenômenos transferenciais e contratransferenciais, investigava os fortes vínculos afetivos estabelecidos entre o paciente e equipe de saúde, o importante papel desempenhado pelo grupo familiar desses indivíduos, em relação ao processo saúde-doença, assim como, a importância dos vínculos estabelecidos, na relação professor-aluno, como elemento favorecedor do processo de aprendizagem.

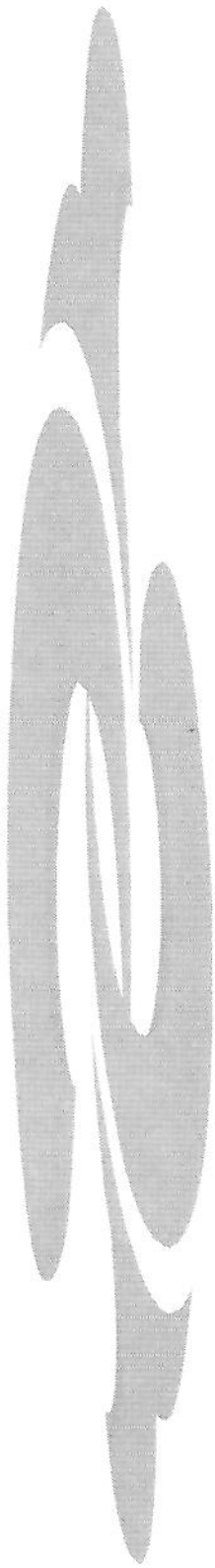
Por outro lado, os questionamentos acerca dos vínculos, estimulavam a leitura de autores que enfatizaram a importância da relação médico-paciente e dos vínculos humanos nas organizações. Entre esses destacamos o trabalho de BALINT (1975), BLEGER (1989_a), BLAYA (1967), JEAMMET *et al.* (1989) MISSENARD (1994), MELLO-FILHO.(1992), MELLO-FILHO (2000), ANGERAMI-CAMON (2000), RIECHELMANN *et al.* (1998), entre outros. Esses, quer utilizando um referencial teórico psicanalítico, quer humanista-existencial, ou através de uma abordagem sociopsicossomática e transpessoal, ressaltaram, a partir de diferentes linhas teóricas, a relação médico-paciente como importante fator na promoção de saúde.

ROCCO (1992), referindo-se à relação estudante de medicina-paciente, destacou que o estudante, comumente, não é preparado para a relação humana que vai estabelecer, sendo as leituras teóricas e explicações de supervisores insuficientes para superar as ansiedades que este encontro promove. Ressaltou ainda, esse autor, citando PONTES (1966, p.56), a respeito do ensino da psicologia no ensino médico, que *"o estudante é a figura mais importante se se quiser estabelecer prioridade. Dele nascem*

diretamente o médico e o professor e poderá dar origem ao paciente, tanto mais direta e facilmente quanto menos se lhe presta atenção como ser humano, com a personalidade médica e humana em formação".

Revendo caminhos anteriores, vale ainda destacar a leitura e o estudo daqueles que investigaram os vínculos humanos na estruturação do psiquismo, no curso do desenvolvimento, ao longo do processo psicoterápico como também, a dinâmica familiar, a psicopatologia e sobre aos fatores políticos-sociais relacionados ao processo saúde-doença. Entre esses destacamos FREUD (1894, 1895, 1905, 1917, 1915, 1920, 1923, 1926,1933), KLEIN (1991), MAHLER (1982, 1983, 1993), SOIFER (1992), AJURIAGUERRA (1983), AJURIAUERRA & MARCELLI (1991), BLEGER ($1989_{a,b}$,1993), BOWLBY.(1988, 1989, $1990_{a,b,}$ $1993_{a,b}$), QUINODOZ (1993), RIBEIRO (1988), BOTEGA & DALGALARRONDO (1993), CASSORLA (1991), PITTA (1994), GUATTARRI (1987), FOUCAULT (1998), JARPERS (2000), entre outros.

Portanto, ao revermos e compartilharmos caminhos anteriores, mais uma vez reafirmamos que os estudos iniciados durante a formação acadêmica da pesquisadora, o atendimento aos pacientes que apresentam transtornos ansiosos ou depressivos, a vivência e observação da relação professor-aluno, a realidade dos hospitais públicos da região norte do país, as indagações, dúvidas e angústias acerca dos vínculos humanos, entre outros, motivaram a elaboração do presente estudo, considerando que na possibilidade de revisão e compreensão da historia pessoal e coletiva é que encontramos e compreendemos o sentido do presente.



CAPÍTULO 2: A ANSIEDADE

2.1. DEFINIÇÃO DE ANSIEDADE

A palavra ansiedade provém do termo grego ***anshein***, que significa estrangular, sufocar, oprimir. Por outro lado, a palavra angústia origina-se do latim, no qual a mesma palavra exprime desconforto, enquanto ***angor*** significa opressão ou falta de ar, e ***angere*** quer dizer causar pânico. Tais palavras latinas derivam da raiz indo-germânica ***angh***, referindo-se a estreitamento ou constrição (GRAEFF & BRANDÃO, 1993).

PEREGRINO (1996) ressalta que, nas línguas ocidentais, as palavras que descrevem o fenômeno da ansiedade derivam do verbo latino ***ango*** (estreitar, apertar, contrair). A angústia seria um substantivo que dá noção de estreitamento, aperto e contração. Já o termo ansiedade, segundo esse autor, provém, nas línguas ocidentais, dos adjetivos latinos ***anxius*** e ***anxiosus***, que tem um significado eminentemente psicológico. Enquanto o sentido da angústia enfatiza o fenômeno físico, a palavra ansiedade refere-se à emoção desagradável, destacando o aspecto psicológico. Chama atenção, também, para o fato de que nas línguas neolatinas encontramos os dois vocábulos: ***angoisse*** e ***anxièté*** na língua francesa, ***angustia*** e **ansiedad** em espanhol, ***angoscia*** e ***ansietà*** em italiano. Em alemão e em inglês, ***angst*** e ***anxiety*** são respectivamente as palavras mais usadas, embora exista o termo ***anguish***, derivado do radical ***angst***, como sinônimo de angústia. No vocabulário de uso corrente destes grupos lingüísticos, ocorre quase que exclusivamente uma ou outra palavra, nunca as duas. Segundo ainda Peregrino, atualmente os fenômenos físicos e psíquicos estão compreendidos como de relacionamento tão íntimo, que, na prática, os vocábulos angústia e ansiedade são usados como sinônimos.

No Novo Dicionário da Língua Portuguesa, FERREIRA (1975) definiu ansiedade como "angústia ou aflição" e angústia como "estreiteza, limite, redução, ansiedade ou aflição", usando as palavras angústia e ansiedade como sinônimas.

Para GUTIÉRREZ (1994) a angústia e a ansiedade são conceitos difíceis de serem diferenciados. Segundo esse autor, trata-se de matizes da mesma expressão. Em geral, a angústia é mais visceral, mais improvisada e está associada à opressão precordial ou epigástrica, enquanto a ansiedade é mais psíquica, mais livre, e se manifesta com inquietação, sobressalto e sensação de falta de ar. Ressalta também que em alguns casos a

angústia é vivenciada como uma emoção desagradável, generalizada, "flutuando livremente" em torno do sujeito, em outros casos é vivenciada como fixa num órgão corporal. Desse modo, toda a gama de sintomas pode aparecer sem patologia orgânica demonstrável (Quadro 1).

Segundo ANDRADE *et al.* (1994$_a$), a literatura psiquiátrica latina, freqüentemente refere-se à ansiedade como uma manifestação psíquica e à angústia como um sentimento acompanhado de manifestações somáticas, enquanto os anglo-saxões não fazem tal distinção, e sob o termo ansiedade referem-se as duas condições.

Para AJURIAGUERRA & MARCELLI (1991) é clássico, embora um tanto artificial, distinguir a ansiedade, afeto penoso, associada a uma atitude de espera de um acontecimento imprevisto vivido como desagradável, da angústia, acompanhada de um conjunto de manifestações somáticas (neurovegetativas e viscerais) e, finalmente, do medo, ligado a um objeto ou a uma situação precisa.

No decorrer deste estudo, usaremos as palavras angústia e ansiedade como sinônimas, e tendo como base o conceito de ansiedade proposto por LEWIS (1967) apud [GENTIL (1994)], que concluiu:

> *"A Ansiedade é um estado emocional vivenciado com a qualidade subjetiva do medo ou de emoção a ela relacionada, desagradável, dirigida para o futuro e desproporcional (a uma ameaça reconhecível), com desconforto somático subjetivo e alterações somáticas manifestas".*
>
> *LEWIS*, 1967, p.34

A ansiedade, a angústia, o medo, o temor, o pavor, têm sido objeto de investigação, preocupando filósofos, antropólogos, psicanalistas, psicólogos, etc., ao longo da história. Segundo PELUSO & BLAY (1994) as teorias sobre a ansiedade foram desenvolvidas no século XX. Trata-se de teorias bastante diferentes, devido principalmente à diversidade de sistemas de pensamento e concepções de homem adotados, bem como devido aos diferentes pressupostos metodológicos de que partem essas teorias. Para esses

autores, a heterogeneidade foi uma característica geral da cultura no século XX e remonta à profunda crise porque passaram a Filosofia e a Sociedade no fim do século XIX. Destacam esses autores entre as correntes de pensamento do século XX, como as mais significativas em relação ao tema ansiedade, a Filosofia Existencialista, a Psicanálise e as tendências Biofisiológicas e Experimentalistas.

Quadro1: Sintomas Somáticos da Angústia (GUTIÉRREZ, 1994)

Sintomas Cardiovasculares	Taquicardia Palpitações Dor Precordial Sensação de Parada Cardíaca Palidez Acessos de Calor
Sintomas Respiratórios	Opressão Torácica Dispnéia Sensação de sufocamento
Sintomas Digestivos	Sensação de Bolo Esofágico Contrações Gastrintestinais Dispepsia Aerofagia Náuseas Vômitos
Sintomas Genitourinários	Polaquiuria Enurese Ejaculação Precoce Frigidez
Sintomas Neuromusculares	Tremedeira Formigamentos Cefaléia
Sintomas Neurovegetativos	Secura da Boca Sudorese Lipotimia Midríase

De acordo com MAY (1980) a ansiedade não se manifestou como problema específico antes de meados do século XIX, e nem tão pouco foi abordada como problema nas várias escolas de Psicologia, exceto na Psicanálise, antes do final da década de 30. Destaca esse autor, que a confiança no poder do indivíduo autônomo e racional, matematicamente e mecanicamente controlado, favoreceu a rejeição do estudo da ansiedade. Até então, somente o que podia ser observado, medido e calculado possuía utilidade prática.

Em 1844, Soren Kierkegaard [1813-1855] publicou The Concept of Dread [O Conceito de Angústia (temor)], sustentando que a ansiedade deve ser sempre entendida como orientada para liberdade. Defendeu como característica distintiva do ser humano, em contraste com o meramente vegetativo ou animal, a capacidade do homem de autoconsciência e a possibilidade de escolha. Concluiu que a capacidade para a liberdade acarreta ansiedade, e definiu, portanto, a ansiedade, como o estado do ser humano quando se defronta com a liberdade (KIERKEGAARD (1976) apud [MAY (980)]).

Sob a influência do pensamento de Kierkegaard, desenvolveu-se no século XX, a Filosofia Existencialista, tendo como principais representantes as figuras de Heidegger, Jaspers e Sartre (PELUSO & BLAY,1994).

Martin Heidegger [1889-1976] demonstrou que a existência é a especificidade do ser do homem, o homem é um ***ser-no-mundo***. Ser é eclodir no mundo. Caso o homem seja lançado no mundo de maneira passiva, pode tomar a iniciativa de descobrir o sentido da existência e orientar suas ações em direções mais diversas. A angústia retira o homem do cotidiano e o reconduz ao encontro de si mesmo. Para Heidegger a angústia surge da tensão entre o que o homem é e aquilo que virá a ser, como dono de seu próprio destino. Jean Paul Sartre [1905-1980] afirmou que o homem está condenado a ser livre, sendo responsável por tudo àquilo que escolhe. O homem, segundo esse autor, ao experimentar a liberdade e, sentindo-se vazio, vive a angústia da escolha. Karl Jaspers [1883-1969], filósofo e psiquiatra alemão, enfatizou o sentido da existência humana. Definiu a angústia como um estado psíquico primário, inobjetivo e ligado às sensações corporais (sentimento de opressão, sufocamento, estreitamento localizado na região precordial ou no encéfalo). Referiu-se a angústia como sentimento torturante, distinto do medo, por não ter objeto.

Segundo esse autor, a angústia domina toda a existência humana (ARANHA & MARTINS, 1995).

A posição existencialista, sendo uma reafirmação da humanidade fundamental do homem, sustentou que o homem é basicamente livre, mas que o reconhecimento desta liberdade, de que somos e fazemos aquilo que decidimos ser e fazer, pode constituir uma fonte de profunda ansiedade (CABRAL & OLIVEIRA, 1972).

MAY (1980) ressaltou, que, até o advento da Psicanálise e de outros psicólogos de profundidade, o problema da ansiedade situava-se nas províncias da Filosofia, especialmente em seu ramo da Ética e da Religião. Assim, os filósofos que trataram mais explicitamente da ansiedade e do medo foram aqueles cuja preocupação primordial não era com a formação de um sistema intelectual abstrato, mas, antes, com os conflitos e crises existenciais dos homens.

Em 1869, Beard introduziu o termo ***neurastenia***, que incluía graus menores de ansiedade e distúrbios depressivos leves. Em 1893, Hecker relatou que metade de seus pacientes com neurastenia apresentavam ataques de ansiedade, espontâneos ou em situações específicas (ANDRADE *et al.*, 1994_a).

No ano de 1871, Da Costa descreveu a ***Síndrome do Coração Irritável***, caracterizada por palpitações, dores na região precordial, vertigem, turvação da visão e ataques de diarréia. Westphal criou o termo ***Agorafobia*** (do grego ***agora = praça, phobos = medo***) para descrever o medo de espaços abertos (MATOS, 1992).

Ressaltou RANGÉ (1995_a) que Westphal, já em 1895, caracterizou a resposta agorafóbica específica, como um medo igual ao morrer, com tremor em toda parte do corpo, aperto no peito, palpitações, sensações de calor ou frio, desorientação, às vezes náuseas, e um sentimento de absoluto desamparo.

Em 1895, Freud publicou o artigo ***"Sobre os Critérios para Destacar da Neurastenia uma Síndrome Particular Intitulada Neurose de Angústia"***, dirigindo as atenções para a ansiedade como questão básica na compreensão dos distúrbios emocionais, sendo considerado por MATOS (1992), como o primeiro autor a estudar a angústia de forma sistematizada.

A Psicanálise foi uma das grandes responsáveis pela promoção do tema ansiedade, desenvolvendo uma linha de investigação e uma concepção desse fenômeno que exerceu influência profunda na psiquiatria, psicologia e na cultura do século XX (PELUSO & BLAY, 1994).

Por outro lado, no final do século passado, também se destacaram as Teorias Biológicas da ansiedade. William James, em 1884, descreveu que a emoção seria o resultado de respostas aos estímulos periféricos provocadas pela percepção do objeto. Essa teoria ficou conhecida com o nome de Teoria de James-Lange, postulando que as emoções em geral são o resultado da percepção das alterações fisiológicas desencadeadas pelo estímulo emocional (MATOS, 1992).

Destacaram-se, também, os trabalhos de Brissaud em 1890, que buscou encontrar a localização cerebral da angústia. Em 1928, Cannom e Bard realizaram experiências com animais, concluindo que a experiência emocional resulta da ativação de circuitos do Sistema Nervoso Central. Propuseram a Teoria Talâmica das Emoções, defendendo a tese de que as emoções seriam coordenadas em nível do tálamo (PELUSO & BLAY, 1994).

Arnold em 1950 e Lindsley em 1951 defenderam a teoria de que o hipotálamo teria uma dupla função: receberia os influxos corticais (que normalmente inibem o hipotálamo) e tornaria a enviar ao córtex cerebral a percepção dos efeitos periféricos desta inibição, para cuja transmissão funcionaria como um "relés". Desse modo, um estímulo provocaria excitação no córtex cerebral, havendo uma "tomada de posição emocional", colocando em movimento o dinamismo do sistema hipotalâmico, indo expressar-se em manifestações periféricas, que seriam percebidas (MATOS, 1992).

Em 1936, Hans Selye descreveu o "Stress", caracterizado por um conjunto de reações não-específicas do organismo quando há uma ameaça de agressão física, química, biológica, psíquica ou social. Chamou de ***Síndrome Geral de Adaptação*** a este conjunto de reações, enfatizando que o organismo humano ou animal, responde aos diferentes agentes estressores (demanda sobre o corpo) de uma forma estereotipada. A reação inespecífica que caracteriza a Síndrome Geral de Adaptação, está relacionada à mobilização do eixo hipófise-adrenal e possui três fases: reação de alarme, estágio de resistência e estágio de exaustão (MATOS, 1992).

Na década de 40, destacaram-se os estudos de ESTES & SKINNER (1941) sobre a ansiedade condicionada, na qual o ***Princípio do Condicionamento Operante*** foi considerado para explicar o comportamento humano. Segundo esta teoria, a freqüência de um comportamento dependerá dos eventos que o seguem, isto é, das conseqüências que o aumentem (***reforço***) ou que o diminuam (***punição***).

Segundo VERSIANI (1988), entre as décadas de 50 e 70, a ansiedade permaneceu como objeto de teorias e tratamentos psicológicos, predominando as abordagens comportamentais e psicanalíticas. Enquanto a esquizofrenia e a depressão, desde o início do século, foram as mais estudadas de acordo com o modelo médico, muito em função da gravidade (internações em hospitais), apresentando grandes avanços científicos e terapêuticos, a ansiedade permanecia como objeto de teorias e tratamentos psicológicos. As doenças mentais estavam assim divididas: de um lado as "psicoses" inclusive a depressão, vistas sob o enfoque médico e orgânico, e, do outro, as "neuroses", compreendendo as manifestações de ansiedade, estudadas e tratadas através de modelos psicológicos. Essa dicotomia atrasou consideravelmente a pesquisa científica sobre a ansiedade.

Como ressaltam GRAEFF & BRANDÃO (1993), o predomínio da visão psicodinâmica, na psiquiatria norte-americana, verificado após a Segunda Guerra Mundial, levou-a a distanciar-se das outras especialidades médicas, ignorando as implicações clínicas dos avanços que se verificavam nas neurociências. Mas, por outro lado, o conhecimento psicanalítico favoreceu à capacidade de se melhor compreender os estados emocionais e de desvendar motivações obscuras da conduta humana. A partir dos anos 60, impulsionados pela descoberta dos ***benzodiazepínicos*** (ansiolíticos) e seus receptores específicos, estudos experimentais buscaram demonstrar como o cérebro atua como órgão regulador do comportamento e, como estas funções são afetadas por essas drogas, enfatizando a biologia da ansiedade. Nascia a Psiquiatria Biológica, como conseqüência do acentuado desenvolvimento da farmacoterapia, ocorrido principalmente nos anos 50 e 60 deste século, baseada na ***neuroquímica*** e buscando nos mecanismos da neurotransmissão as raízes de transtornos funcionais não identificados pela patologia clássica.

Em 1964, KLEIN (1964) relatou os efeitos da ***imipramina*** (um antidepressivo tricíclico) em um grupo de pacientes ansiosos, demonstrando a eficácia de agentes farmacológicos no tratamento da ansiedade.

PITTS & Mc CLURE (1967), baseados no trabalho de Cohen que observou níveis elevados de lactato no sangue de pacientes com crises de angústia, após esforço físico, e que retornavam ao normal em repouso, concluíram que, tais crises, decorriam do aumento de lactato sanguíneo. Realizaram experimento com a ***infusão do lactato de sódio***, que produz diminuição do ***Ca ionizado***, e resultam em crises de angústia.

Na década de 60, de um modo geral, prevaleceu o uso de ansiolíticos benzodiazepínicos (***BDZs***). Segundo CRUZ *et al.* (1995), a utilização dos benzodiazepínicos na clínica derivou das observações originais do farmacologista norte-americano L. Randal sobre a capacidade do Clordiazepóxido amansar macacos extremamente agressivos.

A classificação dos transtornos ansiosos sofreu diversas modificações. GRAEFF & BRANDÃO (1993) descrevem que, no início do século, a ansiedade patológica estava compreendida dentro do conceito genérico de neurose, onde também figuravam a histeria, os transtornos depressivos moderados e o transtorno obsessivo-compulsivo. Os critérios de classificação eram subjetivos, o que levava a acentuadas discordâncias entre diferentes observadores.

A ***Classificação Internacional de Doenças - CID***, originou-se da lista de causas de morte, utilizada durante muitos anos, para registro de óbitos. No ano de 1853 o Congresso Internacional de Estatística aprovou a sua primeira lista. Em 1899, esse Congresso decidiu que seriam feitas revisões decenais. Com a criação da Organização Das Nações Unidas em 1946 e em 1948, com a criação de sua agência sanitária, a Organização Mundial de Saúde, teve início a etapa contemporânea da história das Classificações Internacionais de Doenças (SÁ-Jr., 1993).

Nos Estados Unidos, em 1952, a American Psychiatric Association publicou o ***Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais - DSM - I***, encontrando-se atualmente em sua quarta edição.

O conceito e a classificação da ansiedade como um transtorno psiquiátrico, sofreu alterações e suscitou pontos divergentes à medida em que estes sistemas classificatórios eram revistos e novos estudos realizados.

Segundo DRACTU & LADER (1993), a necessidade de freqüentes revisões nas classificações de doenças mentais é suficiente para indicar o grau de complexidade desta tarefa.

Como descreve SOUZA (1996_b), o paciente permanece soberano enquanto as classificações pretendem captá-lo (ou capturá-lo). Neste caso, acrescenta esse autor, o Homem vai mais além, ultrapassando os limites imprecisos com os quais pretendemos entendê-lo. Ele, usualmente, ultrapassa todos os paradigmas, critérios atuais, tabelas ou escalas construídas para compreendê-lo ou abarcá-lo.

Na década de 80, ocorreu uma verdadeira revolução científica sobre a abordagem da ansiedade. As pesquisas neurobiológicas, epidemiológicas, genéticas, clínicas e psicofarmacológicas sobre a ansiedade aumentaram em proporção geométrica. Três fatores contribuíram para essa revolução: a queda da hegemonia da Psicanálise, os avanços no conhecimento da neuroquímica da ansiedade e a difusão na comunidade psiquiátrica, através do DSM-III, de que diagnósticos devem ser objetivos, operacionais e validados em pesquisas (VERSIANI, 1988).

Atualmente vivemos, segundo GRAEFF & BRANDÃO (1993), uma fase ímpar da evolução do conhecimento, na qual os domínios da mente e de seu órgão, o cérebro, estão sendo intensamente investigados pelo método científico, havendo uma preponderância da tendência biológica na Psiquiatria. Contudo, advertem estes autores, que não devemos ignorar os riscos que o exagero desta tendência possa acarretar, ou seja, o de reduzir funções psicológicas a meros mecanismos neuroquímicos, despidos de significado íntimo para a pessoa que as vivencia. Sugerem como alternativa para abordagem destes problemas que sigamos o caminho do Tao, isto é, o caminho do meio.

Com certeza, muito progresso foi alcançado na compreensão e abordagem da ansiedade, mas muitos outros ainda teremos de fazer.

Também, temos conhecimento de que, já nas primeiras décadas deste século, difundia-se o movimento de higiene mental, que, entre outras propostas pretendia a localização e o controle dos transtornos mentais da infância, tentando, assim, atuar preventivamente sobre a morbidade psiquiátrica dos adultos (ALMEIDA, 1982).

BLEGER (1989_a) salientou, entre os diversos objetivos dos movimentos, em favor da saúde mental, o de diagnosticar precocemente transtornos mentais. No entanto, freqüentemente, psiquiatras, psicólogos, pedagogos, entre outros, defrontam-se com as limitações no estudo da psicopatologia infantil, quando consideram a criança em seu processo de desenvolvimento, com características próprias e problemas iminentes de cada fase.

Assim, quando se considera a doença mental dentro de relações interpessoais, os eventos são, na maioria das vezes, quase concomitantes, resultando num difícil processo de diferenciar causa e efeito. Por isso mesmo, certos transtornos emocionais da infância são vistos de acordo com equações etiológicas diametralmente opostas por autores diferentes (VERSIANE,1984).

Apesar de todo o progresso alcançado no campo da psicopatologia infantil e adulta, ainda permanece a pergunta: onde e como estavam durante a infância e adolescência os adultos que apresentam transtornos ansiosos?

2.2. A ANSIEDADE NORMAL E PATOLÓGICA

De acordo com DRACTU & LADER (1993), a ansiedade é uma experiência humana que preenche um papel funcional na interação com o meio ambiente, mas também pode ocorrer como sintoma de várias doenças, sob a forma de "stress" ou como um transtorno psiquiátrico. Ela não é homogênea, pode ser moderada ou radical, escandalosa ou retraída, vir só ou acompanhada.

MAY (1980) diferenciou a ansiedade normal e patológica. A ansiedade normal é aquela reação que: 1) não é desproporcional à ameaça objetiva; 2) não envolve repressão ou outros mecanismos de conflito intrapsíquico; 3) não requer mecanismo de defesa neurótico para seu controle e 4) pode ser enfrentada construtivamente ao nível da percepção consciente ou pode ser aliviada se a situação objetiva for alterada. Enquanto a ansiedade neurótica é: 1) desproporcional ao perigo objetivo; 2) envolve a repressão e outras formas de conflitos e 3) é controlada mediante várias formas de supressão de atividade e consciência, como as inibições, o desenvolvimento de sintomas e os diversos mecanismos de defesa neurótica. Por ansiedade patológica MAY (1980) referiu-se à ansiedade neurótica.

Destacam MARKS & LADER (1973), que, dado o espectro de circunstâncias onde a ansiedade pode estar presente, o estabelecimento de critérios ou limites definidores de onde começa ou termina a ansiedade patológica sempre impôs dificuldades.

Para GUTIÉRREZ (1994), é importante a distinção conceitual e prática entre a angústia normal e patológica. Em certo grau, a ansiedade oferece aspectos positivos, mobilizando as operações defensivas do organismo. A ansiedade não excessiva é à base da aprendizagem e da motivação para obter prazer e evitar o sofrimento, implicando em alguma forma um impulso criador. Por outro lado, a angústia patológica é desproporcional com a situação ou se apresenta na ausência de qualquer perigo aparente, é mais corporal, comprometendo o funcionamento do indivíduo e provocando uma deterioração psicossocial e fisiológica. Refere-se esse autor a duas formas de angústia como descritas a seguir:

1) ***Angústia Aguda:*** com começo habitualmente brusco. De acordo com a capacidade do sujeito enfrentar a fonte geradora do estresse, os sintomas podem ceder rapidamente ou gradualmente e eventualmente desaparecer ou se manter;

2) ***Angústia Crônica:*** representa um estado habitual de hiper-alerta, que implica freqüentemente numa diminuição do rendimento social e laboral do sujeito. O estado persistente de angústia, livremente flutuante ou focalizada em algum setor da geografia corporal, oferece flutuações condicionadas por acontecimentos vitais, muitas vezes de caráter banal.

Para CRUZ *et al.* (1995), os limites entre ansiedade normal e patológica não são claramente identificados. Mas um fator extremamente importante refere-se à distinção entre ansiedade como estado e como traço:

1) ***Ansiedade-Estado:*** é aquela observada em um dado momento na vida do indivíduo. Normalmente, associa-se com algum evento estressógeno, sendo elevada ou atenuada, devido à apresentação ou à retirada, respectivamente, deste evento;

2) ***Ansiedade-Traço:*** é uma característica do indivíduo, uma propensão para sentir maior ou menor grau de ansiedade diante de situações ambientais. Influências genéticas, bem como experiências prévias do indivíduo, determinam essa predisposição.

DRACTU & LADER (1993) referem-se a curva de YERKES - DODSON (1908), que demonstraram a relação entre níveis de ansiedade e desempenho, em qualquer tarefa. O padrão gráfico da relação é similar ao da Curva de Gauss e sua forma varia para cada indivíduo. Níveis crescentes de ansiedade relacionam-se ao aumento do desempenho até o ponto ótimo *A*. Além do ponto *A*, a relação entre ansiedade e desempenho torna-se negativa (Figura 1).

Para AJURIAGUERRA (1983) a ansiedade "caracteriza-se por uma sensação de perigo iminente, aliada a uma atitude de expectativa, o que provoca uma perturbação mais ou menos profunda; é uma experiência individual, que invade a pessoa até suas raízes". Enfatizou esse autor que é clássica a atitude de separar a ansiedade (valor existencial) da angústia (manifestações neurovegetativas e constritivas), diferenciando desse modo o sentir do experimentar.

Segundo PICHOT (1985) apud [PEREGRINO (1996)] a ansiedade é um estado emocional desagradável, que, em geral, consiste fenomenologicamente de três condições essenciais, como descritas a seguir:

1) um sentimento ou sensação de perigo iminente;

2) uma atitude de expectativa em relação a esse perigo;

3) um sentido de desorganização, com sensação de total desamparo diante do perigo.

Dificuldades também são encontradas quando se pretende distinguir a ansiedade e a angústia, tanto normal como patológica, do medo.

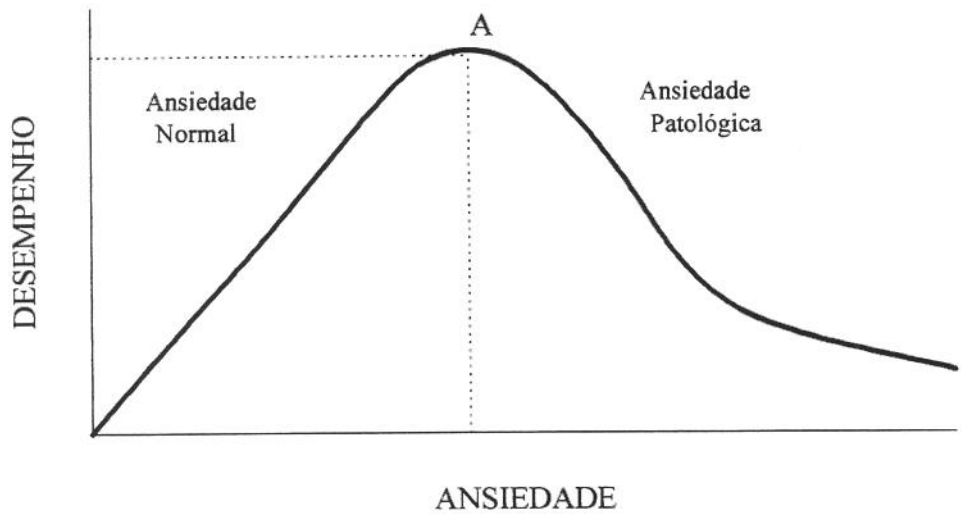


Figura 1: Curva de Yerkes-Dodson. Relação entre níveis de ansiedade e desempenho.
Fonte: DRACTUR & LADER (1993)

Dificuldades também são encontradas quando se pretende distinguir a ansiedade e a angústia, tanto normal como patológica, do medo.

Para MELO (1980), diferenciar o medo da angústia é tarefa fácil, atentando-se para as definições de Kierkegaard e Freud. Ressaltou, que, embora por caminhos diversos, estes autores convergem, quanto à afirmação de que o medo tem sempre um motivo conhecido e um objeto consciente, real e plausível, o que não acontece na angústia, que surge sem motivo justificável e sem conteúdo objetivo (angústia flutuante). Contudo, afirmou este autor que a ansiedade é sempre um medo mórbido, que se origina sem motivação conhecida, na esfera dos "sentimentos vitais", caracterizando uma forma ou

modalidade de angústia, denominada angústia vital. Referiu-se ao medo como um fenômeno psíquico, diretamente vinculado ao instinto de conservação individual, e, portanto, geral e normal, tanto nos homens quanto nos animais. Acrescentou que a ansiedade e a angústia vital são uma só e a mesma coisa, diferente do medo pela ausência de motivação consciente, pela camada afetiva de que procede, e pelo traço anormal ou francamente patológico que lhe é inerente. Distinguiu também esse autor, a angústia existencial, da ansiedade e da angústia vital, exclusiva do homem, pressupondo a consciência de estar-no-mundo e existir-no-tempo, ser-para-a-morte. Neste caso os animais são suscetíveis do medo e ansiedade (ou angústia vital), mas não de angústia existencial.

JASPER (2000) distinguiu a angústia do medo. Para esse autor, a angústia é um estado psíquico primário, inobjetivo, ligado a sensações corporais, a um sentimento de opressão, estreitamento, sufocamento na região precordial ou no encéfalo. O medo por sua vez é dirigido contra alguma coisa.

BLEGER (1989_b) destacou que toda conduta é sempre um fenômeno psicológico, bem como social, biológico e físico-químico, ao mesmo tempo, quaisquer que sejam suas características de apresentação. Para ele, todo organismo acha-se em um equilíbrio instável, onde, embora tendendo a se manter em equilíbrio, não pode ser estático, total, nem definitivo. Todo campo tende a manter ou a recuperar seu estado de equilíbrio e a perda desse equilíbrio cria um estado de tensão. A tensão por sua vez é uma qualidade do campo e pode ou não ser subjetivamente percebida. Portanto, para esse autor, a ansiedade é definida como tensão ou uma conduta desorganizada, que tende a se organizar. Embora o correlato subjetivo da tensão do campo seja a ansiedade, a tensão pode manifestar-se nas três áreas ou só em algumas delas, recebendo diferentes denominações, como descritas a seguir:

1) ***Ansiedade:*** quando a tensão é subjetivamente percebida, ou seja, aparece na área da mente (área 1 da Figura 2);

2) ***Angústia:*** quando aparece como fenômeno predominante na área 2 ou do corpo. São exemplos o tremor, diarréia, poliúria, etc. (área 2 da Figura 2).

3) ***Medo:*** quando aparece na área 3 (Figura 2), ligando-se ou referindo-se a um objeto concreto.

HALL *et al.* (2000) ressaltam que tem havido tentativas de voltar a reunir a mente e o corpo, como um todo unificado, desde que Descartes, no século XVII, dividiu o homem em duas entidades separadas, mas inter-relacionadas - corpo e mente - e Wundt, no século XIX, seguindo a tradição britânica, atomizou a mente, reduzindo-a a elementos isolados de sensações, sentimentos e imagens.

A afirmação de HALL *et al.* (2000) reflete, de um modo bastante realístico, o estudo da ansiedade. As distintas abordagens, (psicanalíticas, biológicas, existenciais, sociais), muitas vezes, afastam-se do ponto de vista holístico ou organísmico ou, em outras vezes, são interpretadas como única forma de conhecimento válido.

No processo do diagnóstico e identificação da ansiedade anormal, segundo ANDRADE *et al.* (1994_a), três são os aspectos que devem ser observados: o cognitivo, o fisiológico e o comportamental. Em relação ao aspecto cognitivo, o indivíduo apresenta-se apreensivo, com medos indefinidos, sente que algo ruim vai acontecer, cansa-se facilmente e não consegue se concentrar (Quadro 2).

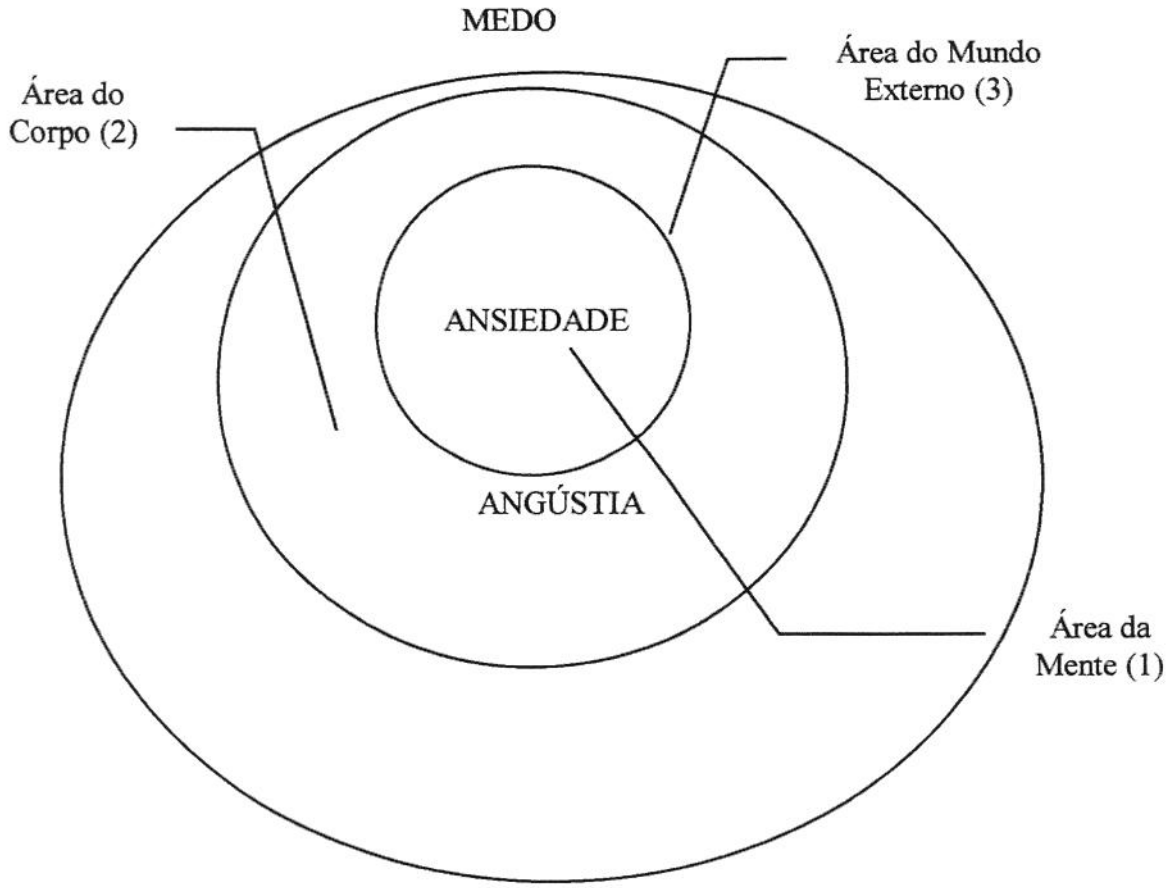


Figura 2: Manifestações da Tensão (BLEGER, 1989_b)

Quadro 2: Sintomas e Sinais Relacionados à Ansiedade (ANDRADE *et al.*, 1994_a)

Autonômicos	Taquicardia, hiperpnéia, sensação de falta de ar, sudorese, boca seca, náusea, diarréia, micção freqüente, dificuldade para engolir, mal-estar abdominal, arrepios de frio, ondas de calor ou frio.
Hiperventilação	Parestesias, tontura, vertigem, dor ou pressão no peito, desrealização, despersonalização.
Tensão Muscular	Sensação de tensão, dificuldade para relaxar, tremores, dores diversas e inespecíficas.
Comportamento	Inquietação(mexe as mãos, pernas, investiga o ambiente, anda de um lado para outro), esquiva (evita situações que desencadeiam ansiedade ou medo), reage assustado a pequenos estímulos, insônia e irritação.

Também, deve-se identificar distúrbios orgânicos ou psiquiátricos, primários ou associados. De acordo com GUTIÉRREZ (1994), são diversas as enfermidades que apresentam a ansiedade como parte de sua sintomatologia, entre elas:

Hiperatividade da Tiróide: o aumento dos hormônios tireóideos e do metabolismo basal manifestam-se por tremores, perda de peso, intolerância ao calor, etc.;

Porfíria: enfermidade metabólica de transmissão hereditária. Evolui em episódios caracterizados por dores abdominais, formigamentos nos membros e ansiedade, que pode ser intensa e de começo agudo. O diagnóstico baseia-se na constatação de uroporfirinas (tipo I e II) e porfobilinógeno na urina, que pode apresentar-se na cor vinho do Porto, quando exposta à luz do dia;

Feocromocitoma: tumor da medula adrenal, que segrega uma quantidade elevada de adrenalina, ocasionando hipertensão arterial de forma constante ou paroxística. O quadro clínico caracteriza-se por intensa ansiedade, sudorese, etc.;

Espasmofilia ou Tetania: afecção cuja sintomatologia inclui: tensão muscular, espasmos laríngeos, taquicardia, cefaléia, sudorese, etc.;

Fatores Tóxicos: o uso de anfetaminas ou fármacos antidepressivos, sobretudo nos primeiros dias;

Nicotina, cafeína e cocaína: seu uso pode provocar crises de ansiedade;

Síndromes de Abstinência: do álcool, opiácios, nicotina, tranqüilizantes e hipnóticos.

DISALVER (1989) apud [ANDRADE *et al.* (1994_a)] destacou os principais diagnósticos diferenciais e as alterações clínicas em que a ansiedade pode ser um dos sintomas, conforme (Quadro 3).

KAPLAN & SADOCK (1993) ressaltam que, na prática, a ansiedade patológica é diferenciada da ansiedade normal pela crença do paciente, de sua família, de seus amigos e do médico, de que ela realmente está presente. A avaliação baseia-se no estado interno relatado pelo paciente, seu comportamento e sua capacidade para funcionar. Segundo esses autores, o paciente que sofre de ansiedade patológica requer uma completa avaliação neuropsiquiátrica e um plano de tratamento individual. Alertam para o fato de que a

ansiedade pode ser um componente de muitas condições médicas e de outros transtornos psiquiátricos, especialmente a depressão.

A ansiedade também se apresenta como elemento central nos transtornos ansiosos. GENTIL & LOTUFO (1996, p. 25) definem os transtornos ansiosos como *"estados emocionais repetitivos ou persistentes nos quais a ansiedade patológica desempenha papel fundamental. Nestes quadros a ansiedade é comumente denominada de ansiedade primária"*.

ANDRADE *et al.* (1994_b) observam que os transtornos ansiosos são síndromes com importantes superposições com outros quadros psiquiátricos. A fase inicial de algumas psicoses, pode caracterizar-se por ansiedade, associada a outros sintomas como perplexidade, vivência de estranheza e desconfiança, que precedem o estabelecimento de idéias delirantes.

Quadro 3: Diagnóstico Diferencial (DISALVER, 1989)

Doenças endócrinas	Addison, Cushing, hiperparatireoidismo, hipertireoidismo, hipotireoidismo, feocromocitoma.
Doenças neurológicas	Tumores cerebrais, epilepsia, vasculopatias cerebrais, encefalopatias, cefaléias, esclerose múltipla, polineurite, síndrome pós-concussiva, vertigem
Intoxicação por drogas	Anticolinérgicos, anticonvulsivantes, antidepressivos, anti-histamínicos, anti-hipertensivos, anti-inflamatórios, aspirina, cafeína, corticosteróides, nicotina, simpatomiméticos, álcool.
Doenças circulatórias e cardiovasculares	Anemia, anoxia, insuficiência cardíaca, síncope, insuficiência coronariana, arritmias, hipovolemia, prolapso de valva mitral, infarto do miocárdio.
Doenças respiratórias	Hipóxia, asma brônquica, doenças obstrutivas crônicas, outras doenças com dispnéia.
Transtornos gastrointestinais	Úlcera péptica.
Doenças imunológicas	Lupus, artrite temporal.
Disfunções metabólicas	Acidose, porfiria aguda intermitente, anormalidades eletrolíticas, anemia perniciosa.
Síndrome de Tensão Pré-Menstrual	
Infecções virais e bacterianas	

Fonte: ANDRADE et al.(1994 p.39)

SHAVITT *et al.* (1993) observam que, muitas vezes, Ataques de Pânico são interpretados erroneamente como sendo crises de asma, devido à semelhança e superposição dos sintomas e à tradição médica de agrupar todos os sintomas num único diagnóstico.

2.2.1. O transtorno de ansiedade de separação

A ansiedade de separação pode ser abordada enquanto um fenômeno normal do desenvolvimento infantil ou como um transtorno psiquiátrico que pode ser evidenciado na infância ou adolescência.

Comumente, o termo ansiedade de separação refere-se à ansiedade relacionada à separação genuína, ou fantasiada, de uma figura de apego (figura importante), e vivenciada por sintomas cognitivos, afetivos, somáticos e comportamentais.

Quanto à patologia ou normalidade da ansiedade de separação, BORDIN (1996) ressalta que estabelecer uma linha divisória entre normalidade e psicopatologia não é uma tarefa simples, principalmente na infância, período caracterizado por constantes modificações físicas e psíquicas. Assim, a ansiedade ao separar-se da mãe, em uma criança de dois anos, é um comportamento esperado, porém, na adolescência, o mesmo comportamento é considerado patológico.

ROHDE *et al.* (2000) advertem que, em países subdesenvolvidos, o número de psiquiatras com formação em psiquiatria da infância e adolescência é reduzido, concentrando-se a maioria nas grandes áreas urbanas do país. A avaliação de crianças e adolescentes exige também uma avaliação da dinâmica e da psicopatologia familiar, tarefa esta que muitas das vezes não fazem parte da formação teórica e prática do profissional.

Para AJURIAGUERRA & MARCELLI (1991), o normal e o patológico não devem ser considerados como dois estados distintos. O processo de desenvolvimento e a maturação infantil, são, por si mesmos, fontes de conflitos que podem suscitar o aparecimento de sintomas.

A ansiedade de Separação como um transtorno psiquiátrico refere-se a um padrão comportamental ou psicológico associado à incapacitação e sofrimento, e causa prejuízo em uma ou mais áreas do funcionamento. Caracteriza-se por uma ansiedade inapropriada e excessiva, em termos evolutivos, em relação à separação de casa ou daqueles a quem a criança tem apego (SOUZA & MATOS, 1995).

A ansiedade é considerada tão comum em crianças que, freqüentemente, não se considera a possibilidade de um transtorno de ansiedade. As crianças são assim consideras como inatamente medrosas. Esses estados de ansiedade são freqüentemente desprezados pelos pais, pediatras, psiquiatras, psicólogos, etc., podendo levar a problemas sociais, realizações acadêmicas insatisfatórias, interferência no desenvolvimento da capacidade de afirmação e autonomia pessoal (TALBOTT *et al.*, 1992).

Até o ano de 1980, o tema Ansiedade de Separação, apesar de presente e de ser tratado no estudo do desenvolvimento da personalidade, capaz de provocar alterações no desenvolvimento psicossocial da criança ou como um padrão desadaptativo, não figurava como entidade nosológica (BARBOSA & ALMEIDA, 1994). Só a partir de 1980, com a publicação do DSM-III, é que os transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes foram divididos em três transtornos distintos: Ansiedade de Separação, Evitamento e Hiperansiedade (KAPLAN & SADOCK, 1993).

O DSM-III incorporou, pela primeira vez, um sistema multiaxial para avaliação desses transtornos, assegurando que fossem avaliados aspectos do ambiente e áreas de funcionamento que poderiam ser ignoradas se o foco estivesse na avaliação de um único problema particular. Incluiu um enfoque descritivo, buscando neutralidade em relação às teorias etiológicas (TALBOTT *et al.* 1992).

O DSM-III-R (1987) utilizou-se também de critérios de classificação puramente descritivos, procurando evitar modelos etiológicos não comprovados. Essa forma de classificação buscou diminuir as dificuldades encontradas pela Psiquiatria Infantil, quando se vê obrigada a definir um diagnóstico sintomático associado à compreensão dos estágios de desenvolvimento da criança (MERCADANTE & MANASIA, 1994).

A diferença em Eixo I (para as síndromes clínicas, onde encontram-se os Transtornos de Ansiedade da Infância e Adolescência) e Eixo II (Transtornos do Desenvolvimento: retardo mental, autista, etc.) na avaliação de crianças, enfatizou a necessidade de se considerar os transtornos envolvendo o desenvolvimento de habilidades cognitivas, sociais e motoras. Desse modo, todos os transtornos psiquiátricos da idade adulta podem começar durante a infância e todos os transtornos de início na infância podem ter seqüelas no adulto (TALBOTT *et al.*, 1992).

A atual classificação de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria, o DSM-IV (1995), classificou o Transtorno de Ansiedade de Separação sob o código de **"Outros Transtornos da Infância e Adolescência"**, diferentemente do DSM-III-R que incluía o Transtorno de Ansiedade de Separação entre os "Transtornos de Ansiedade da Infância e Adolescência", juntamente com o Transtorno Evitativo da Infância e o Transtorno de Hiperansiedade. Estes dois últimos foram incorporados nessa atual classificação sob o código de Fobia Social e Transtorno de Ansiedade Generalizada, respectivamente, tendo em vista as similaridades nas categorias essenciais.

O DSM-IV, diferentemente do DSM-III-R, passou a exigir um período de, pelo menos, quatro semanas de sintomas de ansiedade de separação para o diagnóstico do Transtorno de Ansiedade de Separação (o DSM-III-R exigia um mínimo de duas semanas da presença desses sintomas). Sofreram alterações, também, os itens 8 e 9 do DSM-III-R, que foram combinados no DSM-IV, com o objetivo de reduzir a redundância.

Segundo o DSM-IV, uma seção para os transtornos que geralmente são diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência, não pretende sugerir a existência de qualquer distinção objetiva entre os transtornos da infância e da idade adulta. Ao avaliar uma criança, outros transtornos devem ser consultados. Também os adultos podem receber diagnósticos de transtornos incluídos na seção "Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou adolescência", desde que sua apresentação clínica satisfaça os critérios diagnósticos.

O Transtorno de Ansiedade de Separação, segundo esse manual caracteriza-se por uma ansiedade inapropriada e excessiva em termos evolutivos, envolvendo a separação de casa ou daqueles a quem a criança está vinculada (Quadro 4).

A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, acadêmico (ocupacional) ou outras áreas importantes na vida do indivíduo. Tem início antes dos 18 anos e deve durar por um período de pelo menos quatro semanas.

Crianças que apresentam o Transtorno de Ansiedade de Separação podem apresentar temores de que acidentes ou doença acometam as figuras de vinculação ou a elas próprias, como também o medo de se perderem e jamais encontrarem seus pais.

Quando separados do lar ou de figuras de vinculação, geralmente precisam saber onde estão e sentem necessidade de permanecer em contato com essas figuras. Alguns relatam saudade extrema e apresentam sintomas somáticos (dor de barriga, dor de cabeça, vômito, etc.), quando a separação ocorre ou é prevista. Sintomas cardiovasculares, tais como palpitações, tontura e sensação de desmaio iminente, são raras em crianças menores, mas podem ocorrer em indivíduos mais velhos.

A recusa escolar, relutância em visitar ou a pernoitar em casa de amigos, são comuns nesses quadros. A criança pode ser incapaz de permanecer em um quarto sozinha, exibindo um comportamento "adesivo" e "andando como uma sombra" atrás dos pais, por toda a casa.

O Transtorno de Ansiedade de Separação, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV, pode preceder o desenvolvimento do transtorno de Pânico com Agorafobia. Um humor depressivo em geral está presente, podendo tornar-se mais persistente ao longo do tempo, justificando um diagnóstico adicional de Transtorno Depressivo Maior ou Transtorno Distímico.

Quadro 4: Critérios Diagnósticos para Transtorno de Ansiedade de Separação Segundo o DSM-IV

309.21 – Transtorno de Ansiedade de Separação

A. Ansiedade inapropriada e excessiva em relação ao nível de desenvolvimento, envolvendo a separação do lar ou de figuras de vinculação, evidenciada por três (ou mais) dos seguintes aspectos:

(1) sofrimento excessivo e recorrente frente à ocorrência ou previsão de afastamento de casa ou de figuras importantes de vinculação;

(2) preocupação persistente e excessiva acerca de perder, ou sobre possíveis perigos envolvendo figuras importantes de vinculação;

(3) preocupação persistente e excessiva de que um evento indesejado leve à separação de uma figura importante de vinculação (por ex., perder-se, ou ser sequestrado);

(4) relutância persistente ou recusa a ir para escola ou a qualquer outro lugar, em razão do medo de separação;

(5) temor excessivo e persistente ou relutância em ficar sozinho ou sem as figuras de vinculação em casa ou sem adultos significativos em outros contextos;

(6) relutância ou recusa persistente a ir dormir sem estar próximo a uma figura importante de vinculação ou a pernoitar longe de casa;

(7) pesadelos repetidos envolvendo o tema da separação;

(8) repetidas queixas de sintomas somáticos (tais como cefaléias, dores abdominais, náusea ou vômitos), quando a separação de figuras importantes de vinculação ocorre ou é prevista.

B. A perturbação tem uma duração mínima de quatro (4) semanas.

C.A perturbação inicia antes dos 18 anos.

D. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativa ou prejuízo no funcionamento social, acadêmico (ocupacional) ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e, em adolescente não é melhor explicada por transtorno de Pânico com Agorafobia.

Especificar se: Início Precoce (se o início ocorre antes dos 6 anos de idade)

Fonte: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 1995

Segundo esse Manual, os indivíduos com Transtorno de Ansiedade de Separação, apresentam as seguintes características:

- crianças com transtorno de ansiedade tendem a vir de famílias muito unidas;
- podem exibir retraimento social, apatia, tristeza ou dificuldade para concentrar- se no trabalho ou em brincadeiras, quando longe das figuras de vinculação;
- dependendo da idade, as crianças podem apresentar medo de animais, monstros, do escuro, de ladrões, de bandidos ou seqüestradores, acidentes automobilísticos, viagens aéreas, etc.
- preocupações com a morte e o morrer;
- recusa escolar e evitação social;
- queixas de que não são amadas e que desejariam estar mortas;
- podem apresentar raiva, ou às vezes, agredir fisicamente uma pessoa que está forçando a separação, quando extremamente perturbadas frente à perspectiva de separação;
- as crianças mais novas podem relatar experiências perceptivas incomuns (por ex.: ver pessoas espiando para dentro do quarto, sensação de olhos que as vigiam, etc.) quando estão sozinhas e, especialmente, à noite;
- freqüentemente, são descritas como exigentes, intrusas e necessitam de constante atenção. Às vezes, são descritas como excessivamente meticulosas, obedientes e ávidas por agradar.

Segundo esse manual faz-se necessário diferenciar o Transtorno de Ansiedade de Separação do alto valor atribuído por algumas culturas à forte interdependência entre os membros da família. Portanto, existem variações culturais no grau em que a tolerância à separação é considerada desejável.

Quanto às características específicas à idade, as crianças mais jovens podem não expressar temores específicos de ameaças definidas aos pais, ao lar ou a si mesmas. À medida que elas crescem, as preocupações ou temores em geral referem-se a perigos específicos.

Alguns adolescentes com Transtorno de Ansiedade de Separação, especialmente os do sexo masculino, podem negar a ansiedade, acerca da separação, a qual pode ser observada através de suas atividades independentes limitadas.

Nos indivíduos mais velhos, o Transtorno de Ansiedade de separação pode limitar suas capacidades para lidar com novas situações (por ex: mudança de emprego, casamento, etc.). Os adultos se preocupam em demasia com seus filhos ou cônjuges e experimentam acentuado desconforto, quando separados destes.

Segundo esse manual, o Transtorno de Ansiedade de Separação, em amostras clínicas, apresenta a mesma freqüência em ambos os sexos. Mas em amostras epidemiológicas, este transtorno é mais freqüente no sexo feminino. O Transtorno de Ansiedade de Separação apresenta uma prevalência média de 4% em crianças e adolescentes jovens. Este transtorno não é, portanto, incomum. Pode iniciar-se em idade pré-escolar ou a qualquer momento, antes dos 18 anos. Tipicamente apresenta períodos de exacerbação e remissão.

A ansiedade frente à separação ou à recusa de situações envolvendo a separação (por ex.: sair de casa para ingressar na Universidade) podem persistir por muitos anos.

Pode também desenvolver-se após um estresse vital, como morte de um parente ou animal de estimação, doença de um membro da família, mudança de escola, etc. .

O DSM-IV levantou a hipótese de que talvez o Transtorno de Ansiedade de Separação seja mais freqüente em filhos de mães que apresentam Transtorno de Pânico, como também parece ser mais freqüente em parentes biológicos em primeiro grau do que na população geral.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- (DSM-IV), o Transtorno de Ansiedade de Separação deve ser diferenciado dos seguintes transtornos:

- Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outros Transtornos Psicóticos: se os sintomas do Transtorno de Ansiedade de Separação ocorrem exclusivamente durante o curso de um desses transtornos, não se aplica um diagnóstico separado de transtorno de Ansiedade de Separação.

- Transtorno de Ansiedade Generalizada: no Transtorno de Ansiedade de Separação, a ansiedade envolve, predominantemente, a separação do lar ou de figuras de vinculação.

- Transtorno de Pânico com Agorafobia ou Agorafobia sem Historia de Transtorno de Pânico: em indivíduos com Transtorno de Ansiedade de Separação, a ameaça ou a separação do lar ou de figuras importantes de vinculação, podem provocar extrema ansiedade e até mesmo um Ataque de pânico. Mas neste caso, diferentemente do Transtorno e da Agorafobia, a ansiedade envolve a separação ao invés da incapacitação decorrente de um Ataque de Pânico. Em adultos, o Transtorno de Ansiedade de Separação é raro e não se aplica como diagnóstico adicional se os temores de separação são melhor explicados por Agorafobia.

- Transtorno da Conduta: a recusa escolar é comum também no Transtorno da Conduta, mas, neste caso, diferentemente do Transtorno de Ansiedade de Separação, a criança geralmente permanece longe da escola em vez de voltar para casa.

- Com os níveis evolutivamente apropriados de ansiedade de separação.

2.2.2. O Transtorno de pânico

Após a Segunda Guerra Mundial, as categorias psiquiátricas que até então baseavam-se primordialmente na experiência de uns poucos psiquiátricas que tratavam de pacientes psicóticos, quase que exclusivamente em hospitais psiquiátricos, ganham importância e divulgação internacional (JORGE, 1996).

Em 1946, com a criação da Organização das Nações Unidas e em 1948 com a Organização Mundial de Saúde, teve início a etapa contemporânea da história das Classificações Internacionais de Doenças. Em 1948, a Classificação Internacional de Doenças CID-6 incluiu pela primeira vez uma seção para patologias psiquiátricas. Até então as patologias psiquiátricas eram agrupadas na seção das doenças mentais do sistema nervoso e dos órgãos do sentido. No ano de 1952, a Associação Americana de Psiquiatria publicava seu Manual Diagnóstico e Estatístico, DSM-I, como alternativa a CID-6 (SÁ-Jr., 1993).

A CID-6 agrupou entre os Transtornos Psiconeuróticos e sob o título de "reação": a Ansiedade sem menção a sintomas somáticos; a Histeria sem menção à reação ansiosa; Reação fóbica; Reação obsessiva-compulsiva; Reação neurótica-depressiva; Psiconeurose com sintomas somáticos que afetavam o sistema circulatório e os que afetavam o aparelho digestivo e outros sistemas; e, Outros Transtornos Psicossomáticos, quadros mistos e não especificados. Vale destacar que até a CID-9, os estados "difusos" de ansiedade e os ataques de pânico estavam agrupados sob o mesmo código, "estados de ansiedade", onde estes estariam dispostos num continuum, guardando entre si diferenças basicamente quantitativas PERREIRA (1989).

No DSM-I a Neurose de Ansiedade recebeu a denominação de "reação ansiosa", destacando também a existência de um continuum entre ansiedade normal e patológica, sem distinção qualitativa, e enfatizando como principal fator etiológico os conflitos intrapsíquicos ou problemas do desenvolvimento (ANDRADE *et al.*, 1994_a). Essa influência persistiu no DSM-II, de 1968.

A idéia de separar dos estados de ansiedade o Transtorno de Pânico começou com os estudos de Sargant, em 1962, ao descrever que os IMAOs (Inibidores da Monoaminoxidase) bloqueavam as crises espontâneas de angústia. Mas os estudos iniciais com IMAOs davam margem a dúvidas, pois, em relação aos estudos com Imipramina, não só eram em menor número como também apresentavam falhas de método (amostra reduzida, pacientes com diagnósticos mistos, e baixas doses de medicação. Os Benzodiazepínicos, por outro lado, apresentavam bons resultados no tratamento dos estados ansiosos generalizados, mas, com relação aos ataques de pânico, pouco ou nenhum resultado. Até a década de 80, os Benzodiazepínicos não eram considerados eficazes para o bloqueio de ataques de pânico (MATOS, 1992).

No final dos anos 50, Donald F. Klein pesquisava os efeitos clínicos da Imipramina, um antidepressivo tricíclico, concluindo sua eficácia no bloqueio das crises de pânico e na superação de sintomas agorafóbicos. Os resultados obtidos por esse e outros grupos de pesquisa, também indicavam que os Benzodiazepínicos (BDZs), de grande eficácia nos estados de ansiedade generalizada, eram poucos eficazes no bloqueio das crises de pânico. Por outro lado, a Imipramina que era eficaz no tratamento das crises de pânico, não o era na ansiedade generalizada. Esses resultados serviram de base para a fundamentação do conceito de pânico como categoria nosológica distinta da ansiedade generalizada (CRUZ *et al.*, 1995).

KLEIN & FINK (1962) relataram suas experiências com a imipramina, concluindo que as crises de pânico seriam de origem biológica, em virtude delas cessarem sob o efeito dessa droga. KLEIN (1964) descreveu o Transtorno de Pânico como entidade separada da ansiedade generalizada, propondo que as crises ou ataques de pânico eram qualitativamente diferente da ansiedade antecipatória ("ansiedade de antecipação"), pois quando os pacientes não apresentavam crises de pânico, mas um estado ansioso modulado, não apresentavam melhora com a imipramina, mas sim com tranqüilizantes Em 1981, KLEIN (1981) descreveu as três fases do Transtorno de Pânico: início das crises, desenvolvimento da angústia antecipatória e presença de agorafobia (MATOS, 1992).

PITTS & McCLURE (1967) descreveram a precipitação de ataques de pânico, através da infusão do lactato de sódio, em pacientes que apresentavam crises espontâneas de pânico, enquanto que pessoas normais pareciam imunes à infusão.

A elaboração do DSM-III (1980) foi fortemente influenciada por esses estudos, representando uma mudança substancial em relação ao DSM-II (1968) e CID-9 (1978).

Com a publicação do DSM-III (1980), os estados ansiosos, até então designados sob o título de "neurose de ansiedade", foram subdivididos em Transtorno de Pânico e Transtorno de Ansiedade Generalizada, como entidades distintas, enquanto a CID-9 (1978) agrupava os ataques de pânico entre os estados de ansiedade .

A CID-9 e o DSM-III separaram a Agorafobia (Estado Fóbico -- CID-9 e Transtorno Fóbico - DSM-III) dos estados de ansiedade. O DSM-III priorizou o conceito de Agorafobia, a qual pode apresentar-se com ou sem ataques de pânico.

Estudos no sentido de promover a homogeneização da nomenclatura e o diagnóstico psiquiátrico, baseado em trabalhos empíricos e objetivando a neutralidade, em relação às teorias etiológicas, resultaram na publicação do DSM-III-R (1987) e da CID-10 (1992).

O DSM-III-R e a CID-10 incorporaram novas tentativas de classificar e discriminar os transtornos ansiosos. Segundo ANDRADE *et al.* (1994$_a$), a principal controvérsia entre elas está na nosografia dos ataques de pânico. Enquanto o DSM-III-R adotou o ataque de pânico como uma forma distinta de ansiedade e onde o Transtorno de Pânico com ou sem Agorafobia foi definido pela repetição de ataques espontâneos, a CID-10 valorizou a Agorafobia, enfatizando o ataque de pânico como uma forma grave de ansiedade.

O Transtorno de Pânico e Agorafobia, de acordo com a CID-10, estão entre os Transtornos Neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes, devido à associação histórica destes, ao conceito de neurose, e de sua etiologia psíquica, embora ressaltando a incerteza quanto a este pressuposto. Mas enquanto a Agorafobia está classificada entre os quadros fóbicos-ansiosos, onde a ansiedade é evocada apenas, ou predominantemente, por situações ou objetos externos específicos (ansiedade fóbica), no pânico, embora a ansiedade seja o sintoma principal, esta não é restrita a qualquer situação ambiental particular.

Assim, nesta classificação, o ataque de pânico que ocorre numa situação fóbica definida é considerado como expressão da gravidade da fobia, a qual é dado precedência diagnostica. Somente na ausência de qualquer fobia se procede o diagnóstico do Transtorno de Pânico.

O DSM-III-R, por sua vez, considera que pacientes agorafóbicos sem pânico são raros, embora descreva a Agorafobia sem História de Ataques de Pânico, incluindo estas duas categorias entre os transtornos ansiosos. Este não distingue estados fóbicos dos ansiosos, agrupando-os na categoria ansiedade.

Um aumento substancial de pesquisas de campo, com objetivos clínicos, de pesquisa e educacionais, o intercâmbio entre os organizadores da CID e do DSM, a reanálise dos dados, resultaram na elaboração da quarta revisão do Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais, publicada em 1994.

O DSM-IV apresenta algumas alterações quanto ao diagnóstico do Transtorno de Pânico, contudo seu conteúdo não diverge da classificação anterior. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-IV, definiu Transtorno Mental como uma Síndrome (conjunto coerente de sinais e sintomas), que pode ser devido a causas múltiplas, ou padrão comportamental, ou psicológico clinicamente importante, que ocorre em um indivíduo e que está associado com sofrimento ou incapacitação, ou com risco significativamente aumentado de sofrimento atual, morte, dor, deficiência, ou uma perda importante da liberdade.

Ressalta este manual, que o conceito de transtorno mental não apresenta uma definição operacional consistente, que cubra todas as situações e implica numa distinção entre o mental e o físico que favorece a dicotomia mente-corpo. Adverte, também, que uma literatura substancial deve incluir a existência de muito de "físico" nos transtornos "mentais" e muito de "mental" nos transtornos "físicos".

O DSM-IV adotou uma classificação categorial, dividindo os transtornos em tipos, com base nos conjuntos de critérios com características que os definem e permite a atribuição de múltiplos diagnósticos, desde que satisfaçam os critérios para mais de um transtorno.

Quando mais de um diagnóstico é atribuído a um indivíduo, em um contexto ambulatorial, o motivo da consulta é a condição primariamente responsável pelos serviços médicos. Na maioria das vezes, o diagnóstico principal ou o motivo para consulta, também é o foco principal de atenção e tratamento.

Cada transtorno é descrito sob os seguintes aspectos: Características diagnósticas, subtipos e/ou especificadores, Procedimentos de registro, Características e transtornos associados; Características específicas à cultura, à idade e ao gênero; Prevalência; Curso; Padrão Familial e Diagnóstico Diferencial.

Quanto à classificação dos transtornos ansiosos, o DSM-IV apresenta uma nova categoria que descreve reações agudas de estresse - Transtorno de Estresse.

Para facilitar o diagnóstico, o Transtorno Orgânico de Ansiedade foi subdividido em Transtorno de Ansiedade Devido a uma condição Médica Geral e Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância.

A Fobia Social e o Transtorno de Ansiedade Generalizada passaram a englobar dois transtornos do DSM-III-R, diagnosticados geralmente pela primeira vez na infância ou adolescência, respectivamente: Transtorno de Evitação da Infância e Transtorno de Ansiedade Excessiva. A categoria Fobia Simples do DSM-III-R foi alterada para o nome de Fobia Específica, buscando-se maior compatibilidade com a CID-10.

O conjunto de critérios para Ataque de Pânico é descrito separadamente no início da seção Transtornos de Ansiedade, visto que este pode ocorrer em vários transtornos. Também foi reavaliado o limiar para ataques de pânico no Transtorno de Pânico sem ou com Agorafobia. Diferentemente do DSM-III-R, que exigia 4 ataques em 4 semanas ou um ataque seguido de 1 mês de medo persistente de sofrer outro ataque, o DSM-IV passou a exigir a presença de pelo menos 2 ataques de pânico recorrentes e inesperados, acompanhados de 1 mês ou mais de preocupação persistente, acerca de ter ataques adicionais, ou com as implicações dos ataques, ou uma alteração significativa no comportamento.

A definição de Agorafobia foi modificada para salientar temores agorafóbicos envolvendo um agrupamento característico de situações. Os critérios do DSM-III-R para leve, moderado e severo da Agorafobia foram excluídos.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-IV, um Ataque de Pânico é caracterizado por um período distinto, no qual há o início súbito de intensa apreensão, temor ou terror, freqüentemente associados com sentimentos de catástrofe iminente. Durante esses ataques, pelo menos 4 de 13 sintomas somáticos ou cognitivos estão presentes (Quadro 5). O ataque tem início súbito e aumenta rapidamente, atingindo um pico (em geral 10 minutos ou menos). Freqüentemente, é acompanhado por um sentimento de perigo ou catástrofe iminente e um anseio por escapar.

São chamados de ataques limitados, àqueles que satisfazem todos os demais critérios para um ataque de pânico, mas apresentam menos dos quatro sintomas somáticos ou cognitivos, necessários ao diagnóstico para Ataques de Pânico.

Ataques de Pânico podem ocorrer no contexto de diversos Transtornos de ansiedade, sendo importante considerar o contexto no qual este ocorre.

Existem três tipos característicos de Ataques de Pânico, com relação ao início do ataque e a presença ou ausência de ativadores situacionais, segundo o DSM-IV, como descritos a seguir:

a) ***Ataques de Pânico Inesperados (não evocados, espontâneos):*** o início do ataque de pânico não está associado com um ativador situacional, ou seja, ocorre espontaneamente. A ocorrência de Ataques de Pânico inesperados é um requisito para o diagnóstico de Transtorno de Pânico com ou sem Agorafobia.

b) ***Ataques de Pânico Ligados a Situações (evocados, não espontâneos):*** o ataque de pânico ocorre, quase que invariavelmente, logo após a exposição ou antecipação a um evocador ou ativador situacional. Os ataques de pânico ligados a situações são mais característicos da Fobia Social e Fobia Específica (por ex. ver uma cobra precipita um ataque de pânico).

c) ***Ataques de Pânico Predispostos pela Situação:*** ocorrem na exposição ao evocador ou ativador situacional, mas estão invariavelmente associados ao evocador e não ocorrem necessariamente após a exposição. Por exemplo, os ataques tendem mais a ocorrer quando o indivíduo está dirigindo, mas existem momentos em que a pessoa dirige e não tem um ataque de pânico, ou há momentos em que o ataque de pânico ocorre após dirigir. Os ataques predispostos por situações são freqüentes no Transtorno de Pânico, mas podem ocorrer na Fobia Específica ou Fobia Social.

Um ataque de Pânico não é um transtorno codificável e deve-se, portanto, especificar o transtono no qual ele ocorre.

O diagnóstico diferencial de Ataques de Pânico exige cautela por nem sempre existir uma relação de exclusividade entre o tipo de ataque e o transtorno de ansiedade.

Muitas das vezes, embora o Transtorno de Pânico exija como critério diagnóstico à presença de pelo menos dois ataques espontâneos, os indivíduos com Transtorno de Pânico relatam ataques ligados a situações, particularmente no curso mais tardio deste transtorno.

A Agorafobia é definida, segundo o DSM-IV, como a ansiedade ou esquiva a locais ou situações das quais poderia ser difícil (ou embaraçoso) escapar ou nas quais o auxílio poderia não estar disponível, no caso de ter um Ataque de pânico. A ansiedade usualmente leva à esquiva global de uma variedade de situações, por exemplo: estar sozinho fora de casa ou estar sozinho em casa; estar em meio a uma multidão; viajar de automóvel, ônibus ou avião ou estar numa ponte ou elevador (Quadro 6).

A esquiva de situações pode prejudicar a capacidade do indivíduo de ir ao trabalho ou realizar atividades diárias. Freqüentemente, quando acompanhado por alguém de confiança, o indivíduo é capaz de enfrentar a situação temida. Neste caso, a ansiedade e a esquiva fóbica não é melhor explicada por outro transtorno.

O Diagnóstico diferencial entre Agorafobia e Fobia Social, Fobia Específica e Ansiedade de Separação severa exige cautela, uma vez que todas essas condições caracterizam-se pela esquiva de situações específicas.

Quadro 5: Critérios Diagnósticos para Ataques de Pânico segundo o DSM-IV

Ataque de Pânico (DSM-IV)
Um período distinto de intenso temor ou desconforto, no qual 4 (ou mais) dos seguintes sintomas desenvolveram-se abruptamente e alcançaram um pico em 10 minutos:
(1) palpitações ou ritmo cardíaco acelerado;
(2) sudorese
(3) tremores ou abalos
(4) sensação de falta de ar ou sufocamento;
(5) sensações de asfixia;
(6) dor ou desconforto torácico;
(7) náusea ou desconforto abdominal;
(8) sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio;
(9) desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (estar distanciado de si mesmo);
(10) medo de perder o controle ou enlouquecer;
(11) medo de morrer;
(12) parestesias (anestesia ou sensação de formigamento);
(13) calafrios ou ondas de calor.
Nota: Um Ataque de Pânico não é um transtorno codificável. Codificar o diagnóstico específico no qual o Ataque de Pânico ocorre.

Fonte: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 1995.

Na Fobia Social, a esquiva fóbica se limita a situações sociais ou de desempenho pelo medo do embaraço, enquanto que na Fobia Específica a esquiva limita-se geralmente a uma única situação. No Transtorno de Ansiedade de Separação, a esquiva deve-se à ansiedade decorrente do afastamento de figuras de vinculação importantes ou do lar.

Quadro 6: Critérios Diagnósticos para Agorafobia Segundo o DSM-IV

Agorafobia (DSM-IV)
A. Ansiedade acerca de estar em locais ou situações de onde possa ser difícil (ou embaraçoso) escapar ou onde o auxílio pode não estar disponível, na eventualidade de ter um Ataque de Pânico inesperado ou predisposto pela situação, ou sintomas tipo pânico. Os temores Agorafóbicos tipicamente envolvem agrupamentos característicos de situações, que incluem: estar fora de casa desacompanhado; estar em meio a multidão ou permanecer em uma fila; estar em uma ponte; viajar de ônibus, trem ou automóvel. Nota: Considerar o diagnóstico de fobia Específica, se a esquiva se limita apenas a uma ou algumas situações específicas, ou de Fobia Social, se a esquiva se limita a situações sociais. B. As situações são evitadas (por ex.: viagens são restringidas), ou suportadas com acentuado sofrimento, ou com ansiedade, acerca de ter um Ataque de Pânico, ou sintomas tipo pânico, ou exigem companhia. C. A ansiedade ou a esquiva agorafóbica não é melhor explicada por um outro transtorno mental, como Fobia Social (por ex.: a esquiva se limita a situações sociais pelo medo do embaraço), Fobia Específica (por ex.: a esquiva se limita a uma única situação, como elevadores), Transtorno Obsessivo-Compulsivo (por ex.: esquiva à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (por ex.: esquiva de estímulos associados com um estressor severo) ou Transtorno de Ansiedade de Separação (por ex.: esquiva a afastar-se do lar ou de parentes). Nota: A Agorafobia não é um transtorno codificável. Codificar o transtorno específico, no qual ocorre a Agorafobia (por ex.: 300.21- Transtorno de Pânico com Agorafobia ou 300.22- Agorafobia sem História de Transtorno de Pânico).

Fonte: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 1995.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-IV, o Transtorno de Pânico sem Agorafobia é caracterizado por Ataques inesperados e recorrentes acerca dos quais o indivíduo se sente persistentemente preocupado (Quadro 7). O Transtorno de Pânico com Agorafobia caracteriza-se por Ataques de Pânico recorrentes e inesperados e a presença de Agorafobia (Quadro 8).

A característica essencial desse transtorno é a presença de Ataques de Pânico recorrentes e inesperados, seguidos por pelo menos 1 mês de preocupação persistente, acerca de ter um outro ataque, preocupação acerca das possíveis implicações, ou conseqüências dos ataques, ou uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques.

Quanto aos Ataques de Pânico, estes não decorrem dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo: intoxicação por anfetaminas, cafeína, cocaína, etc.) ou de uma condição médica geral (por exemplo: hipertiroidismo, feocromocitoma, condições cardíacas, etc.) ou pela abstinência de depressores do sistema nervoso central (por exemplo: álcool, barbitúricos, etc).

É necessária a presença de pelo menos dois Ataques de Pânico inesperados, espontâneos ou não evocados. Os indivíduos com Transtorno de Pânico, com freqüência, apresentam Ataques de Pânico predispostos por situações. Podem, também, ocorrer ataques ligados a situações, isto é, que ocorrem imediatamente na exposição a um ativador situacional. Os ataques podem ocorrer moderadamente (por exemplo: uma vez por semana) que ocorrem regularmente durante vários meses. Outras vezes, são surtos breves de ataques mais freqüentes (por exemplo: diariamente, por uma semana), separados por semanas ou meses, sem quaisquer ataques ou com ataques menos freqüentes (por exemplo: dois por mês) durante muitos anos.

Ataques com sintomas limitados, isto é, aqueles acompanhados por menos de quatro dos treze sintomas adicionais, são também comuns em indivíduos com Transtorno de Pânico. A maioria destes indivíduos, que apresentam ataques com sintomas limitados, em algum momento, durante o curso do transtorno, teve ataque completo. Ataques completos estão associados com maior morbidade.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-IV, descreve como características comuns dos indivíduos com Transtorno de Pânico, as seguintes:

- preocupações com os Ataques de Pânico e suas implicações;
- sentimentos constantes ou intermitentes de ansiedade, não focalizada sobre qualquer situação ou evento específico;
- apreensão excessiva acerca do resultado de suas atividades diárias e experiências rotineiras;
- preocupações relacionadas à saúde ou separação de pessoas queridas;
- avaliações catastróficas de leves sintomas físicos ou do efeito colateral do medicamento;
- baixo grau de tolerância para os efeitos colaterais de medicamentos;
- necessidade de contínuo incentivo quanto ao uso do medicamento;
- crença de possuir uma doença ameaçadora à vida quando não tratado ou quando diagnosticado incorretamente e/ou excessivas consultas médicas;
- a perda ou rompimento de relacionamentos interpessoais importantes, em alguns casos, estão associados com o início ou a exacerbação do Transtorno de Pânico;
- sentimentos de desmoralização em virtude das dificuldades de realizar suas atividades habituais;
- ingestão de álcool ou de medicamentos, a fim de reduzir a ansiedade

Quadro 7: Critérios Diagnósticos para Transtorno de Pânico sem Agorafobia Segundo o DSM-IV

300.01- Transtorno de Pânico sem Agorafobia
A. (1) e (2): (1) Ataques de Pânico recorrentes e inesperados; (2) Pelo menos um dos ataques foi seguido por 1 mês (ou mais) de uma (ou mais) das seguintes características: (a) preocupação persistente acerca de ter ataques adicionais, (b) preocupação acerca das implicações do ataque ou suas conseqüências (por ex.: perder o controle , ter um ataque cardíaco, "ficar louco").,   (c) uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques. B. Ausência de Agorafobia. C. Os Ataques de Pânico não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex.: droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex.: hipertiroidismo). D. Os ataques de Pânico não são melhor explicados por outro transtorno mental, como Fobia Social (por ex.: ocorrendo, quando da exposição a situações sociais temidas), Fobia Específica (por ex.: ocorrendo, quando da exposição a uma situação fóbica específica), Transtorno Obsessivo-Compulsivo (por ex.: quando da exposição à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (por ex.: em resposta a estímulos associados a um estressor severo) ou Transtorno de Ansiedade de Separação (por ex.: em resposta a estar afastado do lar ou de parentes queridos).

Fonte: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 1995

Quadro 8: Critérios Diagnósticos para Transtorno de Pânico com Agorafobia Segundo o DSM-IV

300.01- Transtorno de Pânico com Agorafobia
A. (1) e (2): (1) Ataques de Pânico recorrentes e inesperados; (2) Pelo menos um dos ataques foi seguido por 1 mês (ou mais) de uma (ou mais) das seguintes características: (a) preocupação persistente acerca de ter ataques adicionais, (b) preocupação acerca das implicações do ataque ou suas conseqüências (por ex.: perder o controle, ter um ataque cardíaco, "ficar louco"), (c) uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques. B. Presença de Agorafobia. C. Os Ataques de Pânico não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex.: droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex.: hipertiroidismo). D. Os ataques de Pânico não são melhor explicados por outro transtorno mental, como Fobia Social (por ex.: ocorrendo quando da exposição a situações sociais temidas), Fobia Específica (por ex.: ocorrendo quando da exposição a uma situação fóbica específica), Transtorno Obsessivo-Compulsivo (por ex.: quando da exposição à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (por ex.: em resposta a estímulos associados a um estressor severo) ou Transtorno de Ansiedade de Separação (por ex.: em resposta a estar afastado do lar ou de parentes queridos).

Fonte: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 1995.

A seguir, são apresentados alguns dos transtornos comumente associados ao Transtorno de Pânico, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-IV:

a) ***Transtorno Depressivo Maior:*** ocorre em 50% a 65% dos indivíduos com Transtorno de Pânico. Em aproximadamente um terço (33,33%) das pessoas, com ambos os transtornos, a depressão precede o início do Transtorno de Pânico. Nos dois terços (66,66%) restantes, a depressão ocorre ao mesmo tempo ou após o início do Transtorno de Pânico.

b) ***Fobia Social:*** ocorre em 15% a 30% dos indivíduos com transtorno de Pânico.

c) ***Transtorno Obsessivo-Compulsivo:*** ocorre em 8% a 10% dos indivíduos com Transtorno de Pânico.

d) ***Fobia Específica:*** aparece em 10% a 20% dos pacientes com diagnóstico de Transtorno de Pânico.

e) ***Transtorno de Ansiedade Generalizada:*** ocorre em aproximadamente 25% dos pacientes com Transtorno de Pânico.

f) ***Transtorno de Ansiedade de Separação:*** O DSM-IV não apresenta o percentual desta associação. Mas os dados encontrados, na literatura, são divergentes, variando de 20% a 60%, até nenhuma associação.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- DSM-IV, diversos achados laboratoriais anormais têm sido observados em indivíduos com Transtorno de Pânico, quando comparados com controles normais, entre eles, a diminuição dos níveis de dióxido de carbono e de bicarbonato com pH quase normal, mostrando sinais de alcalose respiratória compensada.

Também, Ataques de Pânico, em resposta à infusão de lactato de sódio ou inalação de dióxido de carbono, são mais comuns no Transtorno de Pânico do que em outros Transtornos de Ansiedade. Durante alguns Ataques de Pânico podem ocorrer elevação da pressão sangüínea sistólica e taquicardia transitória. Estudos sugerem ser mais comum a presença de Prolapso de Valva Mitral e Distúrbios da Tireóide entre os indivíduos com Transtorno de Pânico do que na população geral.

De acordo com este Manual, a prevalência do Transtorno de Pânico com ou sem Agorafobia durante toda a vida varia entre 1,5% a 3,5%. As taxas de prevalência anual estão entre 1% a 2%. Em amostras comunitárias, cerca de 33,33% a 50% dos indivíduos com Transtorno de Pânico apresentam, também, Agorafobia. Em amostras clínicas essas taxas chegam a até 95%.

Embora com muitas variações, a idade de início para o Transtorno de Pânico ocorre tipicamente entre o final da adolescência e faixa dos trinta anos. Pode haver uma distribuição bimodal (distribuição com dois pontos máximos) com um pico ao final da adolescência e um segundo pico, menor, na metade da casa dos trinta anos. Apenas um pequeno número de casos começa na infância e o início, após os quarenta e cinco anos é incomum. O curso habitual é crônico, porém flutuante. Alguns indivíduos apresentam surtos episódicos com anos de remissão, outros podem apresentar uma sintomatologia severa e contínua.

A presença de Agorafobia e sua relação com o curso dos Ataques de Pânico são variáveis, uma diminuição ou remissão dos Ataques de Pânico pode ser seguida por uma diminuição da esquiva e ansiedade agorafóbica, ou, em alguns casos, pode tornar-se crônica, não importando a presença ou a ausência de Ataques de Pânico.

Ressalta esse manual que parentes biológicos, em primeiro grau, de indivíduos com Transtorno de Pânico apresentam uma probabilidade de quatro a sete vezes maior de desenvolver Transtorno de Pânico. Contudo, informa que em contextos clínicos 50% a 75% dos indivíduos com este transtorno não possuem um parente biológico em primeiro grau afetado. Os estudos com gêmeos sugerem uma contribuição genética para o desenvolvimento do Transtorno de Pânico.

Quanto aos resultados obtidos, destaca esse manual que estudos naturalistas sugerem que em seis a dez anos pós tratamento, cerca de 30% dos indivíduos estão bem, 40% a 50% melhoram, mas ainda estão sintomáticos, e os restantes, 20% a 30%, têm sintomas iguais ou ligeiramente piores.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais-(DSM-IV), o diagnóstico diferencial do Transtorno de Pânico deve ser feito com os seguintes transtornos:

1)***Transtorno de Ansiedade Devido a Uma Condição Médica Geral:***

a) Condições Endócrinas: hiper e hipotiroidismo, feocromocitoma, hipoglicemia, hiperadrenocorticismo, etc.;

b) Condições Cardiovasculares: insuficiência cardíaca congestiva, embolia pulmonar, arritmia, etc.;

c) Condições Respiratórias: doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumonia, hiperventilação, etc.;

d) Condições Metabólicas: deficiência de vitamina B_{12}, porfiria, etc.;

e) Condições Neurológicas: neoplasmas, disfunção vestibular, encefalite, etc.

Testes laboratoriais apropriados (por exemplo, nível de cálcio sérico para hiperparatiroidismo) ou exames físicos são úteis para determinar o papel etiológico de uma condição médica geral.

2) ***Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância:***

a) Por Intoxicação: álcool, anfetaminas, cafeína, cannabis, cocaína, alucinógenos,inalantes, feniciclidina, etc.;

b) Por Abstinência: álcool, cocaína, sedativos, hipnóticos e ansiolíticos, etc.

3) ***Outros Transtornos de Ansiedade:***

a) Fobia Social: Ataques de Pânico evocados por uma situação social;

b) Fobia Específica:Ataques de Pânico evocados por um objeto ou situação;

c) Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Ataques de Pânico evocados pela exposição ao objeto da obsessão;

d) Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Ataques de Pânico evocados por estímulos que recordam o estressor.

4) ***Transtornos Psicóticos:*** apresentam Ataques de Pânico como uma característica associada.

Quando são satisfeitos os critérios, tanto para Transtorno de Pânico quanto para outros Transtornos de Ansiedade ou Transtorno de Humor, ambos os transtornos devem ser diagnosticados.

Em situações, em que os Ataques de Pânico espontâneos ocorrem no contexto de um outro transtorno mas não são acompanhados, por um mês ou mais, de medo de ter ataques adicionais, preocupações associadas ou alteração comportamental, o diagnóstico adicional de Transtorno de Pânico não deve ser feito.

2.3. OS ESTUDOS SOBRE A RELAÇÃO ENTRE TRANSTORNO DE PÂNICO E TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO

A ansiedade infantil, até o final do século XIX, foi ignorada como objeto de estudo (BORDIN, 1996). Somente trabalhos mais recentes vieram demonstrar que, além da ansiedade circunstancial e desenvolvimental normal, as crianças podem apresentar transtornos genuínos de ansiedade (TALBOTT *et al.*, 1992). A identificação dos transtornos de ansiedade, na infância, chamou atenção à necessidade de avaliarmos as manifestações patológicas de ansiedade ao longo do desenvolvimento, como também acerca do padrão familiar desses e sobre a dinâmica e característica do grupo familiar na qual um ou mais de seus membros apresentam transtornos ansiosos.

As idéias de FREUD (1895) chamaram atenção ao problema da angústia, prevalecendo por muito tempo o conceito de que a angústia infantil igualava-se à angústia de um adulto, ou seja, devia-se ao acúmulo de excitação não descarregada. Foi somente após trinta anos de pesquisa, que FREUD (1926) em "Inibições, Sintomas e Ansiedade" deu atenção sistemática à angústia de separação, descrevendo-a como um dispositivo de segurança (angústia sinal) que assegura à criança que o afastamento da mãe não será prolongado.

RANK (1924) apud [BOWLBY$_b$ (1993)] defendeu a idéia de que a angústia das crianças, quando separadas de suas mães, corresponderia a uma reprodução do trauma do nascimento, na qual a criança expressava o desejo de retorno ao ventre materno.

Na década de 50, BOWLBY (1988) elaborou um relatório sobre as influências adversas, no desenvolvimento da personalidade, chamando atenção para o desconforto intenso sentido por crianças pequenas, quando separadas daqueles que conhecem e amam. Já no final da década de 60, BOWLBY (1988), expôs sua teoria sobre o vínculo mãe-bebê, baseado em um referencial etológico. A Etologia (que estuda padrões de comportamento específico de cada espécie), segundo este autor, fornecia uma abordagem diferente da Teoria Psicanalítica e da Teoria da Aprendizagem, levando a uma melhor compreensão dos dados sobre o desenvolvimento infantil.

BOWLBY (1993$_{a,b}$) defendeu a tese de que a tendência a reagir com ansiedade, nas situações de separação, desenvolve-se em virtude de inclinações geneticamente determinadas, que culminam com o estado de alerta para enfrentar perigos reais. Seu postulado fundamental era de que a fobia e a ansiedade de separação, considerada por Freud como resultante de um conflito neurótico, era apenas um comportamento instintivo normal presente tanto nos animais como no homem. Para o autor, a tendência da criança a reagir pelo medo, quando deixada só, expressava uma tendência biologicamente determinada e geneticamente programada, que prepara o indivíduo para enfrentar perigos externos reais. Reconheceu este autor, o papel dos vínculos humanos como precursores na organização do desenvolvimento maduro posterior e observou que existiam fortes efeitos reativos como conseqüência da separação da mãe ou de seus substitutos, revisando a natureza do vínculo materno (BOWLBY,1988, 1989, 1990a,b).

Os estudos sobre a Fobia Escolar também vieram demonstrar que a grande maioria de crianças que apresentavam recusa à escola devia-se ao medo de saírem de casa. ESTES *et al.* (1956) propuseram o termo "Angústia de Separação", uma vez que a criança não teme o que acontecerá na escola, teme sair de casa. HERSOV (1960) relatou que poucas crianças com recusa à escola apresentam queixas de professores ou de colegas.

LAST *et al.* (1987), advertiram que nem todas as crianças com recusa escolar apresentavam ansiedade de separação, embora uma fonte principal desta, fosse o Transtorno de Ansiedade de Separação. Relacionando o Transtorno de Ansiedade de Separação e a Recusa Escolar, constataram que embora o Transtorno de Humor (33,33%) e a ansiedade concomitante (50%) sejam comuns em ambos os transtornos, as crianças e suas mães demonstraram mais psicopatologia associada com o Transtorno de Ansiedade de Separação (83%), como também demonstraram que mais de 50% das crianças estudadas com Transtorno de Ansiedade de Separação, tinham pais com Transtorno de Humor ou de Ansiedade.

SOUZA & MATOS (1996_b) descreveram que o Transtorno de Ansiedade de Separação pode apresentar-se de diferentes maneiras, indo desde a dificuldade de dormir sozinho até a recusa em ir ou ficar na escola. Se, por um lado, muitas vezes a criança manifesta apenas preocupações ocasionais em relação à separação dos pais ou de casa, conseguindo funcionar longe dessas figuras apesar da evidência de ansiedade, por outro, algumas crianças apresentam reações de pânico a qualquer ameaça de separação, recusando-se a ir à escola ou ficar sozinha em casa.

GUTIÉRREZ (1996) observou que as reações de crianças com Transtorno de Ansiedade de Separação, ao separarem-se dos pais ou quando antecipam a separação, podem ser caracterizadas como autênticos ataques de pânico.

Tratando com imipramina um grupo de crianças com fobia à escola, um dos comportamentos indicadores da ansiedade de separação patológica, KLEIN (1981) obteve resultados significativos quanto à redução dos sintomas, iguais aos observados em pacientes com Transtorno de Pânico.

Estudos experimentais com animais, também confirmaram a eficácia da imipramina na redução vocal (grito ultrassônico) de animais quando separados de suas mães (MATOS,1992). BOLWIG (1963) apud [BOWLBY (1993_b)] descreveu o comportamento de um macaco cuidado por ele desde o nascimento, como não apresentando medo das pessoas, mas chorando muito e entrando em pânico, emitindo gritos, no momento em que era deixado sozinho em casa.

SOUZA (1996_a) avaliando indivíduos que apresentavam Transtorno de Pânico e Transtorno Depressivo Maior, verificou que os parentes de primeiro grau destes indivíduos apresentavam taxas elevadas para transtornos de ansiedade, depressão e alcoolismo. Observou, também, através do relato livre dos pacientes diagnosticados com Transtorno de Pânico que durante a infância ou adolescência eram comuns a presença dos sintomas de ansiedade, recusa escolar, comportamento de inibição, comportamento dependente, distúrbios respiratórios na infância, etc. Os dados obtidos nesse estudo podem ser melhor observados a seguir:

- Dos 68 indivíduos adultos estudados no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, 22 (32%) preenchiam os critérios diagnóstico do DSM-IV para Transtorno de Ansiedade de Separação na Infância ou adolescência;

- Destes, 12 (54%) apresentavam Transtorno de Pânico com ou sem Agorafobia e 5 (23%) Transtorno Depressivo Maior;

- Vinte e sete por cento (27%) dos indivíduos que relataram Transtorno de Ansiedade de Separação, na Infância ou Adolescência, descreveram pelo menos um de seus filhos como tendo apresentado recusa escolar, ansiedade de separação e comportamento de inibição tais como: dificuldade para interagir com companheiros, dificuldades de expressar idéias, dificuldades para iniciar conversas ou brincadeiras, etc.;

- Trinta e um por cento (31%) dos indivíduos que relataram Transtorno de Ansiedade de Separação na Infância ou Adolescência descreveram pelo menos um de seus filhos como tendo apresentado ou apresentando comportamento dependente, como também descreveram seus pais como ansiosos ou depressivos.

BALLENGER *et al.* (1988) relataram o caso de três crianças, na faixa etária de 8 a 13 anos, que apresentavam Transtorno de Pânico com Agorafobia, duas delas preenchiam também os critérios diagnóstico para Transtorno de Ansiedade de Separação e apresentavam recusa à escola. A mãe de uma dessas crianças foi diagnosticada como tendo Transtorno de Pânico com Agorafobia. Estas crianças medicadas com imipramina e alprazolam apresentaram remissão, tanto dos sintomas de pânico como os de ansiedade de separação.

BIEDERMAN (1987), em um estudo com crianças na faixa etária de 8 a 11 anos, detectou a presença de três crianças que apresentavam Transtorno de Pânico com Agorafobia e Ansiedade de Separação. Duas dessas crianças, também, apresentavam recusa à escola. Duas das mães dessas crianças apresentavam Transtorno de Pânico com Agorafobia. As três crianças e duas dessas mães responderam com redução dos sintomas, quando tratadas com imipramina.

RASKIN *et al.* (1982) encontraram uma taxa de Transtorno de Ansiedade de Separação de 35%, na infância de 17 pacientes adultos com Transtorno de Pânico, e de 25%, em 16 pacientes com Transtorno de Ansiedade Generalizada, baseados nos critérios diagnósticos do DSM-III. Dos 10 pacientes que apresentaram Transtorno de Ansiedade de Separação na infância, 2 foram separados de um ou ambos os pais, fisicamente, por muitos meses antes dos 10 anos de idade, 3 sofreram abuso sexual ou agressão física e 3 sofreram agressões físicas e foram separados dos pais.

GITTELMAN-KLEIN & KLEIN (1984) encontraram uma taxa significativamente maior de Transtorno de Ansiedade de Separação (50%) e Fobia Escolar num grupo de mulheres agorafóbicas, quando comparados com um grupo controle que apresentava apenas Fobia Simples.

BREIR *et al. (1986)* descreveram uma taxa de 18% para Transtorno de Ansiedade de Separação na infância de 55 pacientes com Transtorno de Pânico e Agorafobia, usando os critérios do DSM-III.

Taxas mais elevadas de Transtorno de Ansiedade de Separação (60%) na infância foram encontradas por DELTITO *et al.* (1986) em um grupo de pacientes com Transtorno de Pânico e Agorafobia, contudo tal associação não foi observada para o grupo de pacientes que apresentavam Transtorno de Pânico sem Agorafobia. Comparados com controles normais, BALON *et al.* (1989) encontraram 29% de Transtorno de Ansiedade de Separação na infância de pacientes com Transtorno de Pânico e Agorafobia.

Usando os critérios diagnósticos do DSM-III-R, BATTAGLIA *et al.* (1995) compararam um grupo de 231 pacientes com Transtorno de Pânico com uma amostra de 171 pacientes cirúrgicos, encontrando uma taxa de 37% de Transtorno de Ansiedade de Separação no grupo de casos; destes, 65 eram do sexo feminino e 21 do sexo masculino. Os autores sugeriram que o Transtorno de Ansiedade de Separação pode ser um preditor para Transtorno de Pânico na idade adulta.

Em um estudo piloto, FREE *et al.* (1993) confirmaram a hipótese de que a ansiedade de separação está presente nos sonhos e recordações *de* pacientes com Transtorno de Pânico. Eles entrevistaram 20 pacientes com Transtorno de Pânico, utilizando os critérios diagnósticos do DSM-III-R, comparando-os com controles normais. A prevalência de ansiedade de separação nos sonhos dos pacientes com Transtorno de Pânico foi de 74% e em suas recordações de 65%.

POLLACK *et al.* (1996) encontraram uma taxa de 18% de Transtorno de Ansiedade de Separação na infância de pacientes com Transtorno de Pânico e de 37% na infância de um grupo com Fobia Social. Relataram que estes pacientes apresentaram altas taxas de comorbidade para ansiedade e depressão.

Outros estudos investigaram a hipótese de que a ansiedade de separação constitui um precursor para diferentes transtornos neuróticos e não especificadamente para o Transtorno de Pânico com ou sem Agorafobia (THYER *et al.*, 1986; GUTIÉRREZ *et al.*, 1988; SILOVER & MANICAVASAGAR, 1993).

POLLACK *et al.* (1996), investigando a relação entre ansiedade na infância e o Transtorno de Pânico na vida adulta, concluíram que os pacientes adultos com Transtorno de Pânico, que apresentaram transtornos ansiosos na infância, apresentavam maiores taxas de comorbidade com outros transtornos ansiosos e de humor.

BERG *et al. (1974),* investigando a presença de transtornos psiquiátricos em mães de 100 crianças com recusa escolar e comparando-as com as mães de 113 crianças sem recusa à escola, não encontraram diferenças significativa, não sendo possível associar a Fobia Escolar nas crianças com a presença de transtornos psiquiátricos em suas mães.

SOUZA & MATOS (1996) relataram o caso de uma paciente atendida no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da UNICAMP e diagnosticada como fóbica social, que apresentou recusa escolar na infância. A paciente é mãe de 2 crianças gêmeas univitelínicas, de nove anos de idade, que também apresentavam recusa escolar.

Em um estudo em que demonstraram a comorbidade entre Fobia Social e Transtorno Obsessivo-Compulsivo, MARQUES *et al.* (1995), relataram um caso em que a Fobia Social iniciou-se de forma insidiosa aos 4 anos de idade, com timidez excessiva e comportamento de inibição. O paciente só procurou tratamento na idade adulta, e em virtude dos sintomas obsessivos que eram os que mais lhe incomodavam.

Para KAPLAN & SADOCK (1993), a ansiedade fóbica pode ser transmitida pelos pais, para a criança, por modelagem direta. Se um dos pais é tímido, há maior probabilidade da criança desenvolver uma adaptação fóbica, especialmente quanto ao ambiente escolar.

SOIFER (1992) referiu-se à fobia crônica como aquela em que persistem os sintomas fóbicos, mas também onde estes se organizam e são incorporados como características da personalidade, de maneira egosintônica. Em alguns casos, a fobia crônica, segundo essa autora, torna-se evidente somente na adolescência, época em que se destacam as limitações derivadas das proibições internas. São observados, nestes casos, quanto à relação pais-filhos, além da simbiose, nítidas tendências incestuosas, favorecidas por um ou ambos genitores. Por sua vez, os pais costumam ser fóbicos e, por isto, restringem a

expansão e sociabilidade da criança, reforçando sua dependência e causando diversos atrasos em seu desenvolvimento psíquico. Deste modo, de forma inconsciente, transmitem-lhe suas próprias fobias.

LIPSITZ *et al. (1994)*, estudando 252 pacientes adultos com Transtornos de Ansiedade (Transtorno de Pânico, Fobia Social e Transtorno Obsessivo-Compulsivo), concluíram que a prevalência do Transtorno de Ansiedade de Separação na infância, desses pacientes, foi significativamente maior (19%) naqueles que apresentavam dois ou mais Transtornos de Ansiedade, do que nos que apresentavam apenas um Transtorno de Ansiedade (7%). Sugeriram que o Transtorno de Ansiedade de Separação, na infância, pode ser um fator de risco para múltiplos transtornos de ansiedade na idade adulta.

KAHTALIAN & ROSA (1995) estudando a Psoríase, dermatose crônica hiperproliferativa, em 18 pacientes internados em enfermaria dermatológica e que foram acompanhados durante 10 anos, encontraram em 100% dos casos a presença de ansiedade de separação na infância desses pacientes. Entre os quadros psicopatológicos, 56% apresentavam depressão e 44% medo, ou ansiedade. Concluíram os autores sobre a questão da separação, como algo determinante na inscrição somática da pele, em sua função de envelope da expressão simbólica.

Ressalta MOREIRA (1996) que, na criança, sua idade e seu conseqüente amadurecimento intelectual podem influenciar extraordinariamente na apresentação da doença e conclui ser necessário que se façam reduções fenomenológicas para que se consiga atingir o âmago essencial do sofrimento infantil. ASSUMPÇÃO-Jr. (1994) levanta o questionamento de que as crianças mais novas ainda não elaboram o componente cognitivo, antes da aquisição do pensamento abstrato, o que dificulta o diagnóstico neste período de vida.

Estudos com pacientes adultos, que apresentam Transtorno de Pânico, revelaram uma alta freqüência de Transtornos de Personalidade, entre os mais comuns encontram-se o Transtorno Evitativo de Personalidade e o Transtorno de Personalidade Dependente. CAMISÃO *et al.* (1996) referem-se aos estudos de SANDERSON & WETZLER (1994), que avaliando os Transtornos de Personalidade em 347 pacientes com

Transtornos de Ansiedade, encontraram respectivamente as seguintes freqüências para Comportamento Evitativo e Dependente: Transtorno de Pânico (13%) e (8%); Transtorno de Pânico com Agorafobia (9%) e (8%), Fobia Social (37%) 3 (18%), Transtorno de Ansiedade Generalizada (13%) e (5%). A maior freqüência para Transtorno de Personalidade Evitativo e Dependente foi encontrado no grupo de pacientes com Fobia Social.

REICH & YATES (1989) relataram uma maior freqüência de Transtorno de Personalidade em pacientes com Transtorno de Pânico, do que na comunidade em geral. FIGUEIRA *et al.* (1994), comparando uma amostra de 131 pacientes fóbicos sociais com 50 pacientes com Transtorno de Pânico encontraram uma cormorbidade para o Transtorno de Personalidade de 51,58% para os pacientes com Fobia Social e 47,83% para os com Transtorno de Pânico. Em ambos os grupos, o Transtorno de Personalidade de Evitação foi o diagnóstico de maior freqüência, 46% para os fóbicos sociais e 35% para o grupo com Transtorno de Pânico. O Transtorno de Personalidade Dependente, segundo lugar em freqüência, foi de 8,7% para o grupo com Fobia Social e 15,2% para o grupo com Transtorno de Pânico.

Segundo o DSM-IV, os traços de personalidade são padrões persistentes no modo de perceber, relacionar-se e pensar sobre o ambiente e sobre si mesmo. O Transtorno de Personalidade é um padrão persistente de vivência íntima e de comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, provocando sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional. O padrão é estável e de longa duração, podendo seu início remontar pelo menos à adolescência ou começo da idade adulta.

Ressalta este Manual, que pode ser particularmente difícil diferenciar entre os Transtornos de Personalidade e Transtornos do Eixo I. Nesses casos alguns dos Transtornos de Personalidade podem ter um relacionamento de "espectro"com determinadas condições do Eixo I. Destaca também que o Transtorno de Personalidade de Esquiva e Dependente podem ocorrer concomitantemente com diversos Transtornos de Ansiedade.

Alguns estudos demonstraram que os Transtornos de Ansiedade apresentam padrões familiares. Esses achados favorecem as controvérsias entre as hipóteses de uma etiologia genética ou ambiental para esses transtornos, mas vieram demonstrar contudo, que há um risco aumentado para os parentes de primeiro grau dos indivíduos com transtornos ansiosos.

GARFINKEL *et al.* (1992) citam os estudos de SLATER & SHIELDS (1969) que demonstraram que 50% de gêmeos monozigóticos apresentam Transtorno de Ansiedade, concomitantemente, contra apenas 2% a 3% de gêmeos dizigóticos. As pesquisas com infusão de lactato, ou a inalação de dióxido de carbono precipitantes de ataques de pânico em pacientes com Transtorno de Pânico, mas não em controles normais, apoiam uma hipótese genética para os Transtornos de Ansiedade.

BERG (1976), pesquisando um grupo de 786 mulheres agorafóbicas, encontrou uma prevalência de 7% de recusa escolar entre seus filhos, na faixa etária de 7 a 15 anos, e de 14% entre os de 11 a 15 anos. As mães dessas crianças, quando entrevistadas, relataram também recusa escolar na infância, dificuldade de separar-se de suas mães, medo de estar só ou de viajar sem companhia.

NORYES *et al. (1978)* encontraram um risco de 18% para transtornos ansiosos, em parentes de primeiro grau de pacientes com neurose de ansiedade, quando comparados com controles normais que registraram a taxa de 3%.`

GRAEFF & BRANDÃO (1993) relataram que o componente hereditário parece ser maior no Transtorno de Pânico, seguido pelas Fobias e pelo Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Por outro lado, WEISSMAN *et al.* (1984) encontraram um maior risco para ansiedade de separação nos filhos de pacientes com depressão e agorafobia, do que naqueles que apresentavam só depressão ou de controles normais. Estes autores encontraram 24% de Transtorno de Ansiedade de Separação nos filhos de indivíduos com depressão, não registrando nenhum caso de ansiedade de separação nos demais.

ROSENBAUM *et al.* (1988) relataram uma alta freqüência de comportamento de inibição, de 10% a 15%, numa amostra de crianças, filhos de pais com Transtorno de Pânico e Agorafobia. Contudo, advertem que não se pode afirmar que a inibição comportamental seja um precursor suficiente da psicopatologia adulta, embora tais resultados reflitam em favor de uma etiologia biológica.

GORENSTEIN *et al.* (1994) encontraram uma taxa de 35% para parentes de primeiro grau dos pacientes com Transtorno de Pânico, que sofrem do mesmo problema, apesar de apenas 55% de concordância para a presença de Transtorno de Pânico, em gêmeos monozigóticos. Ressaltam que recentes pesquisas, com tomografia por emissão de pósitons, revelam alterações na atividade metabólica cerebral de subgrupos desses pacientes, mas que ainda necessitam de uma maior averiguação.

DELTITO & HAHN (1993) investigaram três gerações de uma família com Transtornos de Ansiedade. Dessas, 4 crianças apresentavam Transtorno de Ansiedade de Separação com recusa escolar, seus pais apresentavam Transtorno de Pânico com Agorafobia e os avós apresentaram ansiedade difusa. Os autores acompanharão por mais trinta anos essa família.

GUTIÉRREZ *et al.* (1991) apresentaram um estudo familiar em que 3 crianças, nas idades de 7, 9 e 11 anos, apresentavam Transtorno de Ansiedade de Separação. Os pais de 2 dessas crianças apresentavam Transtorno de Pânico, um destes também apresentava Transtorno Depressivo Maior. Seus avós e cinco de seus tios apresentavam Transtorno de Pânico e Depressão Maior.

BARBOSA & ALMEIDA (1994) relataram os efeitos positivos do tratamento com ludoterapia e com o uso de antidepressivo (Amitriptilina), em uma criança de 6 anos, do sexo feminino, com Transtorno de Ansiedade de Separação. Descreveram que os pais dessa criança apresentavam um nível elevado de ansiedade, principalmente a mãe.

BERNSTEIN & GARFINKEL (1988), comparando os pais de crianças com recusa escolar com os pais de crianças com outros diagnósticos psiquiátricos, encontraram disfunção nas áreas de desempenho, comunicação, expressão afetiva e controle. Os estudos longitudinais demonstraram que, pelo menos um terço das crianças que se recusam a ir à escola, continuam a manifestar sintomatologia psiquiátrica significativa (GARFINKEL *et al.*, 1992).

GUITMANN *et al.* (1998), avaliando a metodologia utilizada nos estudos familiares de pacientes com Transtorno de Pânico, ressaltam que há muito tempo estudiosos têm relatado que os transtornos de ansiedade são mais freqüentes em membros das famílias de pacientes ansiosos de que em indivíduos normais. Destacam, também, que

esses estudos sugerem uma base genética para o Transtorno de Pânico visto que, 15 a 17% dos parentes em primeiro grau de pacientes com Transtorno de Pânico são acometidos; a taxa de concordância para gêmeos monozigóticos é de 80 a 90%; embora a base genética para agorafobia seja incerta, os estudos sugerem que 20% dos parentes em primeiro grau de pacientes com Agorafobia possam ter o transtorno. Advertem esses autores que são poucos, ainda, os estudos familiares relacionados ao Transtorno de Pânico, apresentando diferenças metodológicas tanto em relação aos critérios diagnósticos utilizados, como em relação aos critérios de inclusão e exclusão da amostra. Contudo, os estudos familiares enfatizam cada vez mais a existência de fatores genéticos e de uma contribuição familiar aos transtornos ansiosos, de um modo geral e, em especial, ao Transtorno de Pânico.

Para GRAHAM (1991) apud [ASSUMPÇÃO-Jr. (1994)], os estados ansiosos e os quadros fóbicos da infância apresentam um prognóstico relativamente bom, com 67% dos casos apresentando remissão em três ou quatro anos, embora as crianças apresentem risco de recorrência na adolescência e idade adulta.

Estudos demonstraram que os transtornos ansiosos podem ser precipitados por "life events", ou seja, por determinadas situações. RASKIN *et al.* (1982), comparando pacientes com Transtorno de Pânico e Transtorno de Ansiedade Generalizada, encontraram nos indivíduos com Transtornos de Pânico crises surgidas após experiências de separação, como morte de um dos pais e ausências prolongadas de figuras de vinculação importantes. O ambiente familiar infantil mostrou-se mais conflitante no grupo de indivíduos com Transtorno de Pânico quando comparados com o grupo que apresentava Transtorno de Ansiedade Generalizada.

MATOS (1992), estudando um grupo de 80 pacientes com Transtorno de Pânico e Agorafobia, observou que 72% destes indivíduos apresentaram estresse emocional como um dos fatores precipitantes das crises de pânico. Na história pré-mórbida desses pacientes, 22,5% relataram enurese na infância, 15% recusa escolar, 6% comportamento dependente e 43,7% relataram Transtorno de Pânico entre familiares próximos.

BORDIN (1996) enfatiza que os transtornos psiquiátricos da infância e adolescência não têm causa única, mas resultam da interação de variados fatores. Esses fatores, quando prejudiciais, são denominados de fatores de risco, e, quando adequado ao

desenvolvimento e ajustamento social do indivíduo, são chamados de fatores de proteção. Como fatores de risco, ou seja, aqueles que aumentam a probabilidade de uma criança desenvolver transtornos emocionais ou de comportamento destaca: os biológicos, tais como, complicações perinatais graves, atrasos do desenvolvimento, limitações físicas crônicas; características genéticas; características familiares, tais como, pais que apresentam algum transtorno, criminalidade paterna, discórdia conjugal grave, estresse familiar crônico, etc.; e características sociais, como, por exemplo, nível sócio-econômico baixo. Contudo, mesmo em condições adversas, sob estresse, e tendo sofrido privações, alguns indivíduos apresentam capacidade para desenvolver-se satisfatoriamente em nível emocional e social. Foi observado que esses indivíduos apresentam determinadas características denominadas de fatores de proteção. Entre estas encontram-se as características pessoais, familiares e características da comunidade. São exemplos dos fatores de proteção pessoais a disposição para enfrentar dificuldade, inteligência acima da média, bom desempenho escolar, facilidade para relacionar-se com pessoas e participação ativa em brincadeiras, tarefas e trabalhos. Como características familiares, destacam-se o apoio por parte dos pais, a compreensão, intimidade familiar, adequado estabelecimento de regras e limites, entre outras. Em relação à comunidade, são exemplos o apoio por parte de colegas, amigos, professores, parentes, vizinhos, escola e outras instituições. Destaca, ainda, essa autora, que os sintomas do Transtorno de Ansiedade de Separação podem ser observados entre a idade pré-escolar e os dezessete anos, mas são mais freqüentes na infância do que na adolescência. Embora ocorram períodos de remissão e exacerbação, os sintomas podem persistir por vários anos, como a ansiedade diante de uma possível separação e a atitude de evitar situações que impliquem separações. Enfatiza essa autora que este transtorno, de acordo com estudos epidemiológicos, é encontrado em 4% das crianças e jovens da população geral, com predominância no sexo feminino. Em amostras clínicas, os sexos feminino e masculino encontram-se igualmente afetados.

A respeito das diferentes hipóteses etiológicas para o Transtorno de Pânico, NUNES-FILHO *et al.* (1996) destacam que podem estar baseadas em fatores genéticos, biológicos ou psicossociais. Entre os fatores genéticos ressaltam que 15 a 17% dos parentes, em primeiro grau, desses indivíduos apresentam o mesmo quadro e que a taxa de concordância para gêmeos monozigóticos é maior que 80%, enquanto a de gêmeos

dizigóticos é de no máximo 15%. Acerca dos fatores psicossociais, destacam que as teorias psicodinâmicas conceituam os ataques de pânico como resultado de uma defesa mal sucedida contra impulsos inconscientes, enquanto as teorias comportamentais definem os ataques de pânico como um sinal de alerta frente às situações reais ou subjetivas de medo. A respeito dos fatores biológicos, estão as anormalidades das catecolaminas, principalmente a noradrenalina e a serotonina; mudanças do pH no sistema nervoso central; os estudos com ressonância magnética e tomografia por emissão de pósitrons que sugerem anormalidades anatômicas, de fluxo sangüíneo e metabolismo no lobo temporal direito e na área para-hipocampal direita; a associação entre Prolapso de Valva Mitral e Transtorno de Pânico.

NARDI *et al.* (1996) ressaltaram que a Teoria Cognitiva, desenvolvida por BECK (1979), reconheceu a ansiedade como uma resposta a uma ameaça, relacionando a ansiedade patológica aos processos de informação relativas ao perigo. Como principal fator mantenedor da ansiedade está a perda de controle sobre o meio ambiente, assim, pacientes ansiosos consideram-se incapazes e com poucos recursos para enfrentar ameaças.

Segundo RANGÉ (1995_a), um dos modelos mais completos para a compreensão do ataque de pânico é o Modelo de BARLOW (1988). Neste, o ataque de pânico inicial é um "alarme falso", uma resposta autonômica a um aumento momentâneo, no nível de estresse da vida, decorrentes de uma vulnerabilidade genética ou psicológica. O indivíduo poderá desenvolver uma associação do medo com estímulos ambientais, estabelecendo-se a base para o surgimento da Agorafobia. Porém o medo primário, no ataque de pânico, é um medo das sensações físicas.

Enquanto BARLOW (1988) enfatizou o condicionamento interoceptivo, CLARK (1986) e BECK *et al.* (1985), relacionaram fatores cognitivos, onde os ataques de pânico decorrem das interpretações catastróficas, tanto de estímulos externos como internos.

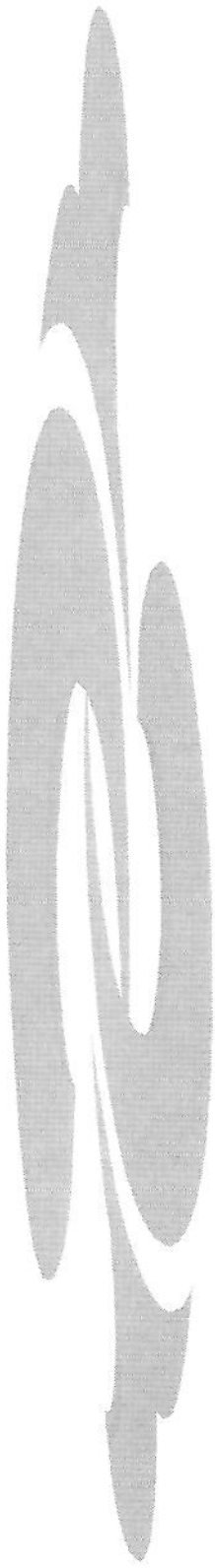
FARAVELLI & PALLANTI (1989) demonstraram que pacientes com Transtorno de Pânico, comparados com controles normais, apresentavam uma incidência mais alta de eventos vitais estressantes, particularmente perda, nos meses que antecedem o início dos sintomas.

GABBARD (1992) ressaltou que muitas linhas de evidência suportam a visão de que ataques de pânico têm um significado psicológico. Entre estes estão os trabalhos de KLEIN (1964), de FARAVELLI & PALLANTI (1989), de CORYELL & NOYES (1988) que, investigando pacientes com ataques de pânico e agorafobia, encontraram que 1 em 4 melhoraram com placebo e os de BALLENGER *et al.* (1988) que demonstraram que 43% dos indivíduos com Transtorno de Pânico e Agorafobia apresentavam "moderada melhora" por volta da quarta semana, quando medicados com placebo.

COOPER (1985) observou que alguns pacientes podem ter um limiar baixo para ansiedade de separação, levando a ataques de pânico não relacionados a um conflito psicológico. Esse autor considera tanto os ataques relacionados a uma etiologia psíquica ou por fatores ambientais, como àqueles ligados a uma vulnerabilidade biológica.

Sobre a etiologia dos transtornos ansiosos, MERCADANTE & MANASIA (1994) apresentam a proposta de GRAHAM (1991) que identificou uma série de fatores para a ocorrência do estado ansioso, entre estes: fatores genéticos e constitucionais; o temperamento; o comportamento dos pais, geralmente superprotetor; hereditariedade; experiências específicas e a adversidade social.

De um modo geral, verificamos que o estudo da associação entre o Transtorno de Ansiedade de Separação e Transtorno de Pânico tem sido relatado por diferentes autores, apresentando diferentes resultados quanto à ocorrência ou não desta associação. Mas, de um modo geral, podemos dizer que diferentes linhas de investigação convergem em favor desta hipótese, entre elas: os estudos de concordância familiar, o tratamento psicofarmacológico da ansiedade de separação, na infância, os dados clínicos, entre outros, muito embora não excluam a associação da ansiedade de separação como fator de risco para outros transtornos ansiosos.



CAPÍTULO 3: A TEORIA DO APEGO DE JOHN BOWLBY

3.1. BREVE HISTÓRICO

John Bowlby, psiquiatra britânico, formulou a Teoria da Ligação ou Apego. Nasceu em Londres no dia 26 de fevereiro de 1907 e morreu, no ano de 1991, aos 83 de idade.

Graduou-se, no ano de 1928, em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade de Cambridge. Inicialmente desenvolveu suas atividades como psicólogo em uma escola para crianças desajustadas, oriundas de lares disfuncionais. Tal experiência foi um estímulo para que optasse por cursar Medicina e especializar-se na área de Psiquiatria Infantil. Posteriormente, ao mesmo tempo em que cursava Medicina, concluiu sua formação no Instituto Psicanalítico Britânico e realizou pós-graduação na London Child Guidance Clinic. Neste período, Bowlby foi supervisionado por Melanie Klein e teve como sua analista didática Joan Riviere. Questionou, já neste período, a abordagem kleiniana, especialmente quanto ao papel central, atribuído à inveja na formação e funcionamento da personalidade humana e à posição de que os problemas emocionais das crianças resultam de conflitos internos, entre impulsos agressivos e libidinosos. Bowlby pode ser considerado um precursor da terapia de família. Em um artigo publicado no ano de 1940, sugeriu entrevistas semanais com mães de crianças que estavam em psicoterapia. Em 1949, enfatizou que durante a terapia com crianças, um grande avanço era observado em relação ao caso, quando, realizando sessões de família, estimulava os pais a descreverem suas experiências, na infância, perante seus filhos. Os alicerces da Teoria do Apego foram sendo elaborados enquanto exercia a psiquiatria infantil e a pesquisa. Após a Segunda Guerra Mundial, exerceu o cargo de Chefe do Departamento Infantil da Clínica Tavistock (MONTORO,1994).

Em 1950, convidado para assessorar a Organização Mundial de Saúde na área de Saúde Mental de crianças sem lar, elaborou um relatório sobre as influências adversas, no desenvolvimento da personalidade, chamando atenção para o desconforto intenso sentido pelas crianças pequenas, quando separadas daqueles a quem eram apegadas.

Em 1951, publicou uma monografia intitulada "Cuidados Maternos e Saúde Mental", levantando questões sobre os efeitos adversos da privação materna e discutindo os meios de prevenção nesses casos. Como comenta o autor, faltava-lhe ainda a explicação de como as experiências de privação materna poderiam influenciar o desenvolvimento da personalidade.

> *"Naquele tempo, era largamente aceito que a razão pela qual a criança desenvolve um forte laço com sua mãe é o fato de que esta o alimenta. Dois tipos de impulsos são postulados primário e secundário. O alimento é tido como primário; a relação pessoal, referida como "dependência", como secundária. Essa teoria não me parecia se adaptar aos fatos. Por exemplo, se isso fosse verdade, uma criança de um ano ou mais deveria prontamente aceitar quem quer que a alimentasse(...).(...). Nenhum desses dados coincidem com minha experiência com crianças. Mas, se as teorias correntes de dependência eram inadequadas, qual era a alternativa?"*
>
> *BOWLBY, 1989, p. 37*

John Bowlby, no intuito de responder tais questionamentos, recorreu a Etologia. No ano de 1957, em sua Conferência à Sociedade Britânica de Psicanálise, destacou:

> *"Tenho perguntado a muitos colegas, como poderemos submeter a Psicanálise a uma maior disciplina científica, sem sacrificar as suas inigualáveis contribuições. (...). A etologia, creio eu, está estudando os fenômenos relevantes de um modo científico(...)".*
>
> *BOWLBY, 1990$_b$, p. 24-25*

Uma série de artigos publicados entre 1958 e 1963 constituíram-se os primeiros passos no sentido de elaboração de um esquema teórico (BOWLBY, 1993). Como resultado de suas pesquisas, em 1969 publicou Apego, em 1973 Separação e no ano de 1980 publicou Perda, sua famosa triologia adotada e traduzida em diferentes países. No primeiro volume de sua obra, discutiu o comportamento instintivo e o vínculo mãe-criança, apoiado em um referencial etológico. No segundo, examinou a angústia de separação e no terceiro referiu-se ao problema do luto e do desgosto (BOWLBY, 1990$_a$, 1993$_{a,b}$).

Embora seu sistema de referência inicial tenha sido o da Psicanálise, em muitos pontos sua teoria divergiu da teoria clássica formulada por Freud. Justificou o uso do referencial teórico psicanalítico, afirmando que a psicanálise, no início de seus estudos, era a única ciência que dava atenção sistemática aos fenômenos e conceitos centrais de suas investigações, tais como, laço afetivo, ansiedade de separação, pesar e luto, processos mentais inconscientes, etc.

Preocupado e interessado em manter o rigor científico no estudo do comportamento humano, Bowlby aproximou-se de uma abordagem etológica (estudo do comportamento animal), não só investigando conceitos, tais como o de instinto, conflito, mecanismos de defesa, semelhantes aos empregados na clínica psicanalítica, como também, descrevendo detalhadamente o comportamento de apego, utilizando para tanto a técnica experimental e submetendo suas hipóteses à prova. Segundo este autor, a etologia estudava os fenômenos de um modo científico.

> *"Basta dizer que se trata de uma abordagem que impõe mais vivamente a mim, porque acredito que ela pode fornecer o repertório de conceitos e dados necessários, se quisermos que os dados e insights proporcionados por outras abordagens, notadamente os da Psicanálise, da Teoria da Aprendizagem e de Piaget, sejam explorados e integrados (...)".*
>
> *BOWLBY, 1990b, p. 25*

Em 1957, discutindo sobre a abordagem etológica, ressaltou o problema central tanto da Psicologia Clínica como da Psicologia Social, ou seja, os dois tipos de enfoque com que eram estudados a natureza e o desenvolvimento das relações de uma criança com outras pessoas.

> *"Em sua abordagem desse problema, a tendência dos psicólogos é de adotar um de dois enfoques: se tiverem orientação acadêmica experimental, tenderão a privilegiar uma ou outra forma da Teoria da Aprendizagem; se tiverem orientação clínica, seguirão uma ou outra forma de Psicanálise. Ambos os enfoques levaram à realização de*

valiosos trabalhos. Entretanto, as tentativas de relacionar uma perspectiva com a outra têm sido poucas e não muito bem sucedidas, ao passo que a desconfiança e as críticas mútuas entre adeptos de uma e outra têm sido comuns".

BOWLBY , 1990_b, p. 23

Destacou BOWLBY (1990_b) que, se por um lado considerava a abordagem de Freud a mais compensadora, à medida que a mesma lidava com problemas psicológicos de importância clínica imediata, ressaltando o inconsciente dinâmico, por outro lado, como cientista, sentia-se insatisfeito com o status precário das observações, da obscuridade das hipóteses e da ausência de qualquer tradição quanto ao teste das hipóteses.

Quanto a Teoria da Aprendizagem, ressaltou que a mesma, diferentemente da abordagem psicanalítica, definia os termos, formulava hipóteses operacionalmente, passando a testá-las mediante experimentos adequadamente planejados.

Contudo para este autor, era a Etologia que iria possibilitar uma melhor compreensão dos dados relacionados ao desenvolvimento infantil, como também a que maiores e melhores estímulos fornecia à pesquisa.

A Etologia investiga a evolução do comportamento através do processo de seleção natural. Portanto, estuda padrões de comportamento específico de cada espécie. O termo "ethos" deriva-se do grego, significando "da natureza da coisa". De acordo com esse autor a Etologia, à medida que investiga o comportamento social e, especialmente, o desenvolvimento de relações familiares em espécies inferiores, fornecia o repertório de conceitos e dados necessários para que os dados e insights proporcionados por outras abordagens, tais como Psicanálise, a Teoria da Aprendizagem e a Teoria Cognitiva de Piaget, fossem explorados e integrados

($BOWLBY,1990_b$).

"Disse, anteriormente que a minha abordagem para a compreensão do comportamentos de cuidados, como uma atividade humana, era etológica. (...). Ao examinar a natureza da ligação da criança à sua mãe, tradicionalmente referida como dependência, achei útil considerá-la como o resultado de um conjunto distinto, e em parte programado, de modelos de comportamento que, num meio ambiente comum, se desenvolvem durante os primeiros meses de vida e têm por efeito manter a criança mais ou menos próxima de sua figura materna. No fim do primeiro ano, o comportamento está se tornando ciberneticamente organizado, isto é, entre outras coisas, o comportamento é ativado sempre que certas condições são encontradas. (...) o comportamento de apego de uma criança é ativado especialmente pela dor, fadiga, qualquer coisa que cause medo e, também, por uma mãe, que seja ou pareça ser, inacessível".

BOWLBY, 1989, p. 18-19

3.2. SOBRE O VÍNCULO AFETIVO

Segundo BOWLBY (1990_b), a característica essencial da vinculação afetiva é que os dois parceiros tendem a manter-se próximos um do outro. Ela resulta do comportamento social de cada indivíduo de uma espécie, diferindo conforme o outro indivíduo de sua espécie com quem ele esteja tratando, implicando portanto numa aptidão para reconhecer indivíduos. Vínculos fortes e persistentes entre indivíduos são a regra em numerosas espécies, embora os tipos de vínculos formados possam diferir de uma espécie para outra, sendo os mais comuns àqueles que existem entre os pais e sua prole e entre adultos de sexos opostos.

Nos mamíferos, incluindo os primatas, o primeiro e mais persistente de todos os vínculos ocorre geralmente entre a mãe e seu filho pequeno. Cada membro de um par vinculado tende a manter-se próximo um do outro. Quando por qualquer razão se separam, cada um deles procurará o outro, mais cedo ou mais tarde, a fim de reatar a proximidade (BOWLBY, 1989).

Destacou esse autor, que à medida que os psicólogos e psicanalistas tentaram explicar a existência dos vínculos afetivos, quase sempre usaram as razões de alimento e sexo. Contudo, ressaltou que há provas abundantes de que não só entre as aves mas também entre os mamíferos, incluindo o homem, os filhos ligam-se a objetos maternos apesar de não serem alimentados por essa fonte, como também, de que os vínculos afetivos entre adultos não são, de modo algum, necessariamente acompanhado por relações sexuais (BOWLBY, 1990_b).

Segundo BOWLBY (1990_b), o conhecimento acerca da ontogenia dos vínculos afetivos, sugere que estes se desenvolvem porque a criatura nasce com uma forte inclinação para se aproximar de certas classes de estímulos, especialmente os que lhes são familiares, e para evitar outras classes de estímulos que lhes são estranhos.

A manutenção de um vínculo é experimentada como uma fonte de segurança. Assim, a confiança de que existe uma ou mais pessoas, que virão em ajuda caso surjam dificuldades (figura de ligação ou figura de apego), proporcionam uma base segura ao desenvolvimento (BOWLBY, 1990_b).

> *"Médicos de família, sacerdotes e leigos perceptivos sabem, há muito tempo, que existem poucos golpes para o espírito humano tão grandes quanto a perda de alguém próximo e querido. O senso comum tradicional sabe que podemos ser esmagados pelo pesar e morrer por causa de um grande sofrimento, e também que um amante repudiado é capaz de fazer coisas que são insensatas ou perigosas para ele mesmo e para os outros. Sabe ainda que não sentimos amor e nem pesar por um ser humano qualquer, mas apenas por um ou alguns seres humanos em particular. O núcleo daquilo que eu chamo de "vínculo afetivo" é a atração que um indivíduo sente por outro indivíduo".*
>
> BOWLBY, 1990_b, p. 63

Sobre as emoções e os vínculos humanos, destacou esse autor que os vínculos afetivos e os estados de forte emoção tendem a ocorrer juntos. Nesse sentido, muitas das mais intensas emoções humanas surgem durante a formação, manutenção, rompimento e renovação de vínculos emocionais. *"Em termos de experiência subjetiva, a formação de um vínculo é descrita como 'apaixonar-se' , a manutenção de um vínculo como 'amar alguém', e a perda de um parceiro como 'sofrer por alguém' . Analogamente, a ameaça de perda gera ansiedade e a perda real causa tristeza; ao passo que ambas as situações podem despertar raiva". (BOWLBY, 1990b, p. 65).*

Quanto à associação entre os vínculos afetivos e os distúrbios psicológicos e psiquiátricos, BOWLBY (1990b) enfatizou que aqueles que padecem transtornos psiquiátricos, psiconeuróticos, sociopáticos ou psicóticos apresentam sempre uma deterioração da capacidade para estabelecer ou manter vínculos afetivos, geralmente grave e duradoura. Ressaltou, também, que, embora em alguns casos tal deterioração seja claramente secundária, em relação a outras mudanças, em muitos, é provavelmente primária e deriva de falhas no desenvolvimento, as quais terão ocorrido durante a infância e num ambiente familiar atípico. Quanto aos transtornos e sintomas associados à elevada incidência de vínculos afetivos desfeitos durante a infância, destacou a personalidade psicopática ou sociopática e a depressão; e, entre os sintomas persistentes, a delinqüência e o suicídio. Nestes, a capacidade para estabelecer e manter vínculos afetivos é sempre desordenada e, não raro, ausente.

3.3. A TEORIA DO APEGO OU DA LIGAÇÃO

BOWLBY (1990b) definiu a Teoria do Apego ou da Ligação como um modo de conceituar a propensão dos seres humanos a estabelecerem fortes vínculos afetivos com alguns outros, e de explicar as múltiplas formas de problemas emocionais e perturbações da personalidade, incluindo ansiedade, raiva, depressão e desligamento emocional, a que a separação e a perda involuntárias dão origem. A Teoria do Apego não considerou os conceitos de energia psíquica e impulsos, estabelecendo estreitos laços com a Psicologia Cognitiva (BOWLBY, 1990b).

Os estudos dos efeitos perniciosos da privação de cuidados maternos sobre o desenvolvimento da personalidade levaram BOWLBY (1990_b) a questionar a adequação do modelo psicanalítico. Como relata o autor, no início da década de 1950, os trabalhos de Lorenz sobre o imprinting (modelo) ofereceram uma abordagem alternativa: LORENZ (1950) verificou que em algumas espécies de aves, durante os primeiros dias de vida, desenvolvem-se fortes vínculos com a figura materna, sem qualquer referência à alimentação, mas sim, através da exposição do filhote à figura em questão, com a qual se familiarizou.

Argumentando que os dados empíricos sobre o desenvolvimento do laço de um bebê humano com sua mãe podiam ser melhor compreendidos em termos de um modelo derivado da etologia, BOWLBY (1990_b) delineou sua teoria num ensaio publicado em 1958. Enfatizou o fato de que, simultaneamente, e de forma independente, também HARLOW (1958), no ano de 1958, havia publicado os resultados de seus estudos com filhotes de macacos Rhesus. Observou, este autor, que um bebê macaco, criado com bonecos como mães substitutas, agarrava-se ao boneco que não o alimentava, desde que esse boneco fosse macio e confortável (BOWLBY, 1990_b).

Segundo a Teoria do Apego, o bebê humano já nasce com uma predisposição genética para desenvolver laços afetivos com aqueles com os quais interage na primeira infância. O surgimento do primeiro vínculo afetivo da criança é concebido como ocorrendo em conseqüência de certos padrões pré-programados de comportamento presentes, já no primeiro semestre de vida, tais como o choro, o olhar, o agarrar-se, etc. Neste sentido, vale destacar a distinção entre apego e o Comportamento de Apego. Enquanto apego refere-se a um sistema comportamental interno que controla a propensão estável à busca de proximidade da pessoa (figura de apego), o Comportamento de Apego refere-se a toda forma de comportamento que apresenta como meta obter ou manter proximidade com outro indivíduo específico e diferenciado (MONTORO, 1994).

De acordo com a Teoria do Apego ou Ligação, o Comportamento de Apego inclui qualquer forma de comportamento em que uma pessoa alcance ou mantenha a proximidade com algum outro indivíduo diferenciado e preferido, o qual é usualmente considerado o mais forte e/ou mais sábio. O Comportamento de Ligação, embora seja

especialmente evidenciado durante os primeiros anos da infância, sustenta-se que ele caracteriza os seres humanos do berço até a morte (BOWLBY, 1990_b).

O Comportamento de Apego pode ser definido também enquanto produto daquilo que poderia ser definido de sistema de regulação de segurança, ou seja, sistemas cujas atividades tendem a reduzir o risco do indivíduo se dar mal e são sentidas como levando a um alívio da ansiedade e a um aumento da sensação de segurança (BOWLBY, 1990_a).

O objetivo do Comportamento de Apego é ***" manter um laço afetivo, e qualquer situação que parece colocar em risco esse laço provoca ação destinada a preservá-lo. E quanto maior parecer o risco da perda, mais intensas e variadas serão as reações para evitá-la. Nessas circunstâncias, todas as formas mais poderosas de comportamento de apego são ativadas – agarramento, choro e talvez coação raivosa. (...). Quando essas ações são bem sucedidas, o laço é estabelecido, as atividades cessam e os estados de tensão e aflição são aliviados".*** *(BOWLBY, 1993_a, p. 41-42)*

O Comportamento de Apego inclui o choro e o chamamento, que suscitam cuidados e desvelos; o seguimento, os protestos de uma criança quando sozinha ou na companhia de estranhos, etc. Com a idade, a freqüência e intensidade com que esse comportamento se manifesta diminui gradativamente. No entanto, todas essas formas de comportamento persistem como parte importante do equipamento comportamental do homem (BOWLBY, 1990_b).

O Comportamento de Apego pode variar, desde um contato quase imperceptível, como, por exemplo, verificar onde a figura significativa se encontra, troca de olhares e sinais, até a busca mais ativa de proximidade, tais como, chamar atenção, correr atrás, agarrar-se, resistir à separação, etc. (MONTORO, 1994).

Os padrões do Comportamento de Apego manifestados por um indivíduo dependem, em parte, de sua idade atual, sexo e circunstância, e, em parte, das experiências que teve com figuras de ligação nos primeiros anos de sua vida. Nos adultos, esses comportamentos são especialmente evidentes, quando uma pessoa está consternada, doente ou assustada (BOWLBY, 1990_b).

Durante a adolescência e na vida adulta, o Comportamento de Apego passa a ser geralmente dirigido não só para as pessoas fora do grupo familiar, mas também para outros grupos e instituições. Assim, uma escola, um grupo de trabalho, um grupo religioso ou político podem assumir para muitos o papel de uma figura de apego subordinada, e, para algumas outras pessoas, até a figura de apego principal (BOWLBY, 1990_a).

Também são comuns as sobreposições entre Comportamento de Apego, Comportamento Parental e Comportamento Sexual. Por exemplo não é raro um indivíduo tratar seu parceiro sexual de "pai" ou "mãe" e o parceiro retribuir a este tratamento adotando também uma atitude parental. Pode-se pensar neste caso, como uma explicação possível e provável acerca do comportamento do parceiro que assumiu o papel juvenil, que não só o comportamento de apego persistiu na vida adulta, o que é comum, mas que este permaneceu por alguma razão, sendo quase tão facilmente eliciado quanto numa criança pequena, o que não é usual (BOWLBY, 1990_a).

BOWLBY (1990_b) destacou que o Comportamento de Apego difere substancialmente do comportamento de dependência, como apresentado a seguir:

- a dependência não está especificadamente relacionada com a manutenção da proximidade, não se refere a um indivíduo específico e nem está necessariamente relacionado a uma forte emoção;

- nenhuma função biológica lhe é atribuída;

- em seu conceito (dependência) há implicações de valor que são o oposto exato daquelas que o conceito de ligação subtende, como por exemplo, qualificar uma pessoa como dependente tende a ser depreciativo, enquanto que descrevê-la como ligada a alguém, pode muito bem ser uma expressão de aprovação.

O elemento depreciativo, no conceito de dependência, o qual reflete um não reconhecimento do valor que o Comportamento de Apego tem para a sobrevivência, constitui uma dificuldade para seu uso clínico. Também o indivíduo que manifesta o Comportamento de Ligação é geralmente mencionado como criança, e a figura de ligação

como geralmente a mãe. Isto ocorre porque, até agora, o comportamento só foi minuciosamente estudado em crianças. Contudo, este é aplicado também em adultos e a quem quer esteja atuando para eles como figura de ligação: freqüentemente um cônjuge, algumas vezes um dos pais e, com freqüência maior do que se poderia supor, um filho (BOWLBY, 1990_b).

De acordo com BOWLBY (1990_b) a Teoria do Apego enfatiza características específicas como apresentadas abaixo:

a) ESPECIFICIDADE

O Comportamento de Apego é dirigido para um ou alguns indivíduos específicos, geralmente em ordem clara de preferência.

b) DURAÇÃO

Uma ligação persiste, usualmente, por grande parte do ciclo vital. Embora, durante a adolescência, as ligações infantis possam ser atenuadas e suplementadas por novas ligações, e em alguns casos substituídas por estas últimas, as primeiras ligações não são facilmente abandonadas e é muito comum persistirem.

c) DENVOLVIMENTO EMOCIONAL

Muitas das emoções mais intensas surgem durante a formação, manutenção, rompimento e renovação das relações de ligação. A manutenção inalterada de um vínculo é sentida como uma fonte de segurança, e, a renovação de um vínculo como fonte de prazer.

Segundo BOWLBY (1990_b), as emoções são usualmente um reflexo do estado dos vínculos afetivos de uma pessoa. Nesse sentido, a psicologia e a psicopatologia da emoção é, em grande parte, a psicologia e psicopatologia dos vínculos afetivos.

d) ONTOGENIA

Na grande maioria dos bebês humanos, o Comportamento de Apego, com uma figura preferida, desenvolve-se durante os primeiros nove meses de vida. Quanto mais experiências de interação social um bebê mantém com uma pessoa, maiores são as probabilidades de que ele se ligue a essa pessoa. Por este motivo, torna-se a principal figura de ligação de um bebê, aquela pessoa que lhe dispensar a maior parte dos cuidados maternos.

No curso do desenvolvimento saudável o Comportamento de Apego mantém-se ativado até o final do terceiro ano de vida; tornando-se daí em diante, cada vez menor.

Segundo BOWLBY (1990_b), a ontogenia dos vínculos afetivos sugere que este se desenvolve porque a criatura nasce com uma forte inclinação para se aproximar de certas classes de estímulos, especialmente aqueles que lhe são familiares, e para evitar os estímulos estranhos. A observação de animais em seu habitat natural sugere, nitidamente, que, a função biológica de quase toda, senão de toda vinculação entre indivíduos da mesma espécie, é a proteção contra predadores, uma função tão importante quanto à nutrição ou a reprodução para a sobrevivência de uma população.

e) APRENDIZAGEM

Aprender a distinguir o familiar do estranho constitui um processo chave no desenvolvimento do Comportamento de Apego.

Quanto à formação do vínculo, destaca-se também que uma ligação poderá desenvolver-se apesar de repetidas punições por uma figura de ligação.

f) ORGANIZAÇÃO

O Comportamento de Apego é mediado, inicialmente, por respostas organizadas segundo linhas bastante simples. A partir do final do primeiro ano de vida, o Comportamento de Apego passa a ser mediado por sistemas comportamentais cada vez mais refinados, os quais são organizados ciberneticamente (comunicação e sistema de controle), incorporando modelos representacionais do meio ambiente e do eu. Esses sistemas são ativados por certas condições, tais como, estranhamento, fome, cansaço ou qualquer outra coisa que assuste, e terminados por outras condições como, visão ou som da figura materna e especialmente a interação feliz com a figura de ligação, entre outras. Quando o Comportamento de Apego é ativado, o término poderá requerer o contato físico ou o agarramento à figura materna e/ou ser acariciado por ela. Inversamente, quando a figura materna está presente ou seu paradeiro é conhecido, uma criança deixa de manifestar o Comportamento de Ligação e, em vez disso, desliga-se da mãe explorando seu ambiente. Nesta situação a mãe pode ser considerada como fornecedora de uma base

segura, a partir da qual a criança fará suas explorações, e a qual, regressará, sobretudo quando se cansar ou se assustar. No restante de sua vida, o indivíduo torna-se suscetível de manifestar o mesmo padrão de comportamento, afastando-se cada vez mais e por períodos cada vez maiores daqueles a quem ama, ainda que mantendo sempre o contato com figuras de ligação ou apego e regressando após o afastamento (BOWLBY, 1990_b).

O Comportamento de Apego é ativado por condições do mundo interno e/ou externo, como por exemplo, a estranheza, o mal-estar (cansaço ou doença), o medo, a percepção de falta de disponibilidade e/ou responsividade da figura de apego. Por outro lado, o mesmo é terminado, ou seja, desativado por outras condições, tais como, um ambiente conhecido e seguro, uma resposta receptiva da figura de apego, etc. Assim, o sistema de apego funciona tal qual um termostato, que se liga com determinados estímulos e se desliga com outros (MONTORO, 1994).

Como enfatizou BOWLBY (1990_b) sua teoria é aquela que lida com os mesmos fenômenos que antes foram tratados em termos de "necessidade de dependência", ou de "relações objetais", ou de "simbiose e individuação". E, embora incorpore muito do pensamento psicanalítico, a Teoria do Apego, difere da Psicanálise tradicional, à medida que adota um certo número de princípios que derivam de disciplinas como a Etologia. Desse modo, dispensa conceitos tais como o de energia psíquica e impulso estabelecendo estreitos laços com a Psicologia Cognitiva.

g) FUNÇÃO BIOLÓGICA

Segundo BOWLBY (1990_b), o Comportamento de Apego sugere um valor de sobrevivência, em sua função de proteção, principalmente contra os predadores.

Quanto ao comportamento dos pais ou daqueles que cuidam da criança, este é complementar ao Comportamento de Apego. A função de quem realiza estes cuidados consiste em estar disponível, pronto para atender quando solicitado, e intervir nas situações em que as crianças estão prestes a meter-se em apuros. Para este autor, o modo como esse papel é desempenhado pelos pais irá determinar, em grau considerável, se a criança será, posteriormente, mentalmente saudável ou não.

Segundo a Teoria do Apego, muitas formas de transtornos psiquiátricos podem ser atribuídas aos desvios, no desenvolvimento do Comportamento de Apego, ou, mais raramente, a uma falha no seu desenvolvimento.

BOWLBY (1990_b) ressaltou, como ponto fundamental de sua tese, o fato de existir uma forte relação causal entre as experiências de um indivíduo com seus pais e sua capacidade posterior para estabelecer vínculos afetivos. Avaliou, também, que certas variações comuns dessa capacidade resultam em problemas conjugais e em dificuldades com os filhos, como também, que os sintomas neuróticos podem ser atribuídos às variações comuns no modo como os pais desempenham esses papéis.

3.4. O PROCESSO DE APEGO

Em seu primeiro livro, intitulado Apego, BOWLBY (1990_a) questionou o Comportamento de Ligação ou Apego e seu lugar na natureza.

> *"No campo, durante a primavera, não há cena mais comum do que mães com suas crias. Nos campos, vacas e vitelos, éguas e potros, ovelhas e cordeiros (...). Tão familiares são essas cenas e tão natural achamos que cordeiros e ovelhas permaneçam juntos, e uma flotilha de patinhos acompanhe a mãe pata, que raramente indagamos: o que faz com que esses animais permaneçam na companhia uns dos outros? Que função é satisfeita através deste comportamento?"*
>
> *BOWLBY, 1990_a, p.195*

Destacou este autor que, nas espécies acima citadas, os filhos nascem num estado de desenvolvimento suficientemente avançado, que os habilita a movimentarem-se livremente em poucas horas, e, no caso da mãe afastar-se, seu filhote logo a seguirá. Esse tipo de comportamento caracteriza-se por dois aspectos principais: a manutenção de proximidade com um outro e a especificidade do outro animal. Os pais podem distinguir seus filhotes e vice-versa. Algumas vezes, foi observado que o padrão usual do

desenvolvimento pode falhar, e um animal jovem pode procurar proximidade de um outro, que não sua mãe, ou, até mesmo, de um objeto inanimado. Mas em condições naturais, advertiu esse autor, essas anomalias do desenvolvimento são raras.

Diferentemente, no homem, o desenvolvimento do apego é lento e não existe outra espécie em que o Comportamento de Apego leve tanto tempo a aparecer. Este fato dificultou reconhecimento do comportamento da criança como pertencente a mesma categoria geral do comportamento animal. Assim, o bebê, ao nascer, está equipado com um certo número de sistemas comportamentais prontos a serem ativados. Entre estes sistemas já existem alguns que irão fornecer as bases para o desenvolvimento posterior do comportamento de apego, tais como, o choro, a sucção, o agarramento e a orientação do recém-nascido. Semanas depois do nascimento, pode ser observado o sorriso e a balbuciação, e, alguns meses mais tarde, o engatinhar e o andar. Quando se manifestam pela primeira vez, cada uma dessas formas de comportamento está estruturada de modo simplificado. Contudo, a partir destes, resultarão todos os sistemas altamente refinados que pelo resto da vida serão os mediadores do apego com as figuras de ligação (BOWLBY, 1990_a).

Para KLAUS & KENNEL (1993), o apego pode ser definido como um relacionamento ímpar entre dois indivíduos, específico e duradouro ao longo do tempo. Destacam, esses autores, que as características do processo de formação de vínculos não são precisas e uniformes e que o laço original entre pais e bebês é a principal fonte para todas as ligações subsequentes futuras do bebê, assim como, que a força e características iniciais do apego influenciarão, por toda a vida, a qualidade das relações futuras com outros indivíduos. São indicadores do comportamento de apego, comportamentos que servem tanto para manter contato como mostrar afeição, os comportamentos de acariciar, beijar, aconchegar, prolongadas trocas de olhares, entre outros. Esses autores investigaram o processo pelo qual os pais apegam-se ao bebê, avaliando o grupo familiar durante a gravidez e as condições do parto, nascimento e formação do apego, destacando que o vínculo dos pais com seus filhos deve ser o mais forte de todos os laços humanos. BRAZELTON (1988) avaliou o desenvolvimento do apego dos pais em relação ao bebê, destacando os sentimentos dos futuros pais durante a gravidez e parto e do grupo familiar

em formação. KLAUS *et. al.* (2000) avaliaram os vínculos iniciais entre pais e bebês como base para um apego seguro e para a independência, destacando os efeitos de diversas situações relacionadas ao nascimento, os quais influenciarão os sentimentos parentais e o desenvolvimento posterior do apego, tais como, assistência pré-natal, apoio por ocasião do trabalho de parto, amamentação, prematuridade, adoção, etc.. MALDONADO (1988) apresentou uma abordagem de preparação psicológica à maternidade e paternidade, objetivando favorecer o crescimento emocional, através da experiência de ter um filho, assim como, de estabelecer com este, uma ligação saudável, profunda e duradoura, enfatizando a necessidade e importância de um trabalho conjunto de psicólogos e obstetras no sentido de um atendimento pré-natal e pós-natal global e satisfatório.

3.5. FASES DO DESENVOLVIMENTO DO APEGO

Para BOWLBY (1990_a), o desenvolvimento do apego ocorre de forma gradual e foi dividido em quatro fases distintas. Possui também uma qualidade de reciprocidade, no sentido de que tanto a mãe quanto o bebê apegam-se um ao outro. O comportamento de apego é reforçado através de sinais de ansiedade ou de outros indicadores que provocam uma resposta comportamental na mãe. Neste caso o choro aparece como sinal primário de ansiedade e será generalizado pela mãe como representante de dor, frustração ou raiva.

3.5.1. Primeira Fase: Estágio do Pré-Apego (nascimento - 8 semanas)

No nascimento, o bebê está equipado com um certo número de sistemas comportamentais prontos a serem ativados por determinados estímulos e a serem finalizados por outros. Entre esses sistemas, já existem aqueles que fornecerão a base para o posterior desenvolvimento do Comportamento de Apego, tais como, o choro, sucção, agarramento, etc. A estes, serão adicionados algumas semanas após o nascimento, o sorriso e a balbuciação, e, meses mais tarde, o engatinhar e andar.

A capacidade para discriminar uma pessoa de uma outra está limitada aos estímulos olfativos e auditivos. O bebê ainda não discrimina a mãe, mas seu equipamento perceptual está planejado para captar e processar estímulos provenientes do mundo externo. Estes incluem a tendência para prestar atenção a um padrão ou contorno do rosto humano e a olhar para as coisas que se movimentam. Desse modo, o bebê orienta-se para a mãe, seguindo-a com olhos e/ou acompanhando sua voz.

O comportamento do bebê, em relação a qualquer pessoa ao seu redor inclui a orientação para essa pessoa com movimentos oculares de acompanhamento, bem como estende o braço, agarra, sorri, e balbucia. Cada um desses comportamentos, à medida que influenciam o comportamento daquele que lhe dispensa cuidados, pode aumentar o tempo em que o bebê mantém-se próximo a essa pessoa.

3.5.2. Segunda Fase: Formação do Apego (8 - 10 semanas a 6 meses)

Esta fase é caracterizada pela orientação e sinais dirigidos pelo bebê para uma ou mais figuras do ambiente.

Durante este período, o bebê comporta-se de modo amistoso em relação às pessoas, tal qual na fase um. Contudo, comporta-se de maneira mais acentuada em relação à figura materna ou seu substituto, o qual lhe dispensa cuidados.

A mãe, ou substituta, ao colocar o bebê numa orientação face a face, por exemplo, quando o coloca no colo, cria a oportunidade de que a mesma seja percebida pelo bebê. Com o aconchego, a mãe orienta o bebê para si e lhe dá a oportunidade de usar a boca, as mãos e os pés para agarrar-se a ela. Desse modo, mãe e bebê interagem e quanto mais um experimenta o outro, mais fortes tendem a tornarem-se as respostas pertinentes a cada um. O bebê torna-se, assim, apegado a uma ou mais pessoas em seu ambiente. A separação de uma pessoa, em particular, nestes estágios, ainda não representa um problema para o bebê, desde que suas necessidades de cuidado sejam satisfeitas.

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

3.5.3. Terceira Fase: Definição do Apego (6 - 24 meses)

Nesta etapa, o bebê é cada vez mais discriminatório na maneira como trata as pessoas de seu ambiente. Seu repertório de respostas amplia-se, incluindo, agora, o movimento de seguir a mãe quando esta se afasta, de recebê-la efusivamente quando a mesma regressa, e de usá-la como base para suas explorações do ambiente.

As respostas amistosas e indiscriminadas anteriores começam a diminuir e os estranhos passam a ser tratados com crescente cautela, e, mais cedo ou mais tarde, geralmente, provocarão alarde ou retraimento. Outras pessoas de seu convívio tornam-se figuras subsidiárias de apego.

Os sistemas mediadores do comportamento do bebê, em relação a mãe, tornam-se organizados em termos de correção para a meta, e, evidencia-se o apego do bebê à figura materna ou substituta. O bebê chora e exibe outros sinais de sofrimento, quando separado da mãe. Quando de volta a sua companhia, geralmente, cessa o choro e agarra-se a ela, como para assegurar-se de sua volta.

Esta fase, comumente, inicia-se entre os seis e sete meses de idade. Contudo, poderá ser retardada até depois do primeiro aniversário, especialmente naqueles bebês que tiveram poucos contatos com uma figura principal.

Nesse sentido, a Teoria do Apego ressaltou que os sistemas comportamentais desenvolvem-se como resultado da interação do bebê com o meio ambiente e, em especial, com a principal figura deste meio que lhe presta cuidados.

3.5.4. Quarta fase: A Figura Materna como Figura Independente (a partir 24 de meses)

Nesta etapa, a figura materna passa a ser concebida, mais cedo ou mais tarde, como figura independente.

A visão que a criança tem do mundo torna-se mais refinada. Observando o comportamento materno e o que o influencia, a criança passa a inferir sobre as metas fixadas da mãe e sobre os planos que esta adota para atingí-las. Pode-se afirmar, nos termos de BOWLBY (1990_a), que a criança passa a adquirir um discernimento intuitivo sobre os

sentimentos e motivos da mãe. Atingido esse ponto, estarão lançadas as bases para que o par desenvolva um relacionamento mútuo muito mais complexo, denominado de parceria.

Durante o primeiro ano, o bebê protesta, especialmente, quando posto em seu berço, e, um pouco mais tarde, ao notar que sua mãe desapareceu de sua vista. Daí em diante, ele torna-se atento ao paradeiro da mãe, vigiando-a, ou quando a mesma encontra-se longe, escutando o som de seus movimentos. Aos onze ou doze meses torna-se apto, ao observar o comportamento da mãe, a prever sua partida e a protestar antes mesmo que esta ocorra.

Quando a criança ingressa em seu segundo ano de vida, e passa a locomover-se mais intensamente, esse comportamento de apego típico, é quase sempre observado. Na idade de dois anos, na maioria das crianças, o conjunto integrado de sistemas comportamentais é facilmente ativado, especialmente pela partida da mãe ou algo assustador. Entre os estímulos que mais efetivamente finalizam os sistemas comportamentais, encontram-se o som, a visão e o contato com a mãe. Antes de completarem dois anos e nove meses, a maioria das crianças mostram-se consternadas quando suas mães vão embora. Embora o choro possa durar poucos minutos, elas costumam permanecer caladas, inativas, e, exigindo, por exemplo, no ambiente escolar, constante atenção da professora.

Após o terceiro aniversário, a maioria das crianças tornam-se cada vez mais aptas a sentirem-se seguras, num lugar estranho, com figuras subordinadas de apego, como, por exemplo, com a professora ou outro familiar. Contudo, esse sentimento de segurança é condicional. As figuras subordinadas devem ser pessoas com quem a criança está familiarizada. Em segundo lugar, a criança deve ser saudável e não estar assustada. E em terceiro, deve saber onde está a mãe e confiar em que pode reatar o contato com ela a curto prazo. Na ausência de tais condições, é provável que se torne ou se mantenha choramingando o tempo todo pelo regresso da mãe, ou que fique "manhosa" ou manifeste outros transtornos do comportamento.

Até a idade de três anos, os sistemas continuam sendo facilmente ativados. A partir dessa idade, na maioria das crianças, estes passam a ser ativados com menos facilidade e tornam menos urgente a proximidade com a mãe. Embora, após o terceiro ano,

a criança manifeste o Comportamento de Apego de maneira menos urgente e freqüente do que antes, estas características ainda constituem uma parte importante relacionada ao Comportamento de Apego.

Um Comportamento de Apego de um tipo não muito diferenciado do observado em crianças de quatro anos persiste, se bem que de maneira atenuada, ao longo dos primeiros anos escolares. Quando saem a passeio, crianças de cinco e seis anos, e até mais velhas, às vezes, seguram ou agarram a mão do pai ou da mãe. Ao brincarem com outras crianças, voltam-se, imediatamente, aos pais ou substitutos se algo sair errado. Também apresentam este comportamento, se estiverem assustadas, buscando contato imediato com uma figura de ligação.

Durante a adolescência e vida adulta, ocorrem novas mudanças, incluindo aquelas a quem o Comportamento de Apego é dirigido. Na adolescência, o Comportamento de Apego de um indivíduo a seus pais sofre uma considerável mudança. Nesta época, outros adultos podem assumir uma importância igual ou maior daquelas atribuídas aos pais. A atração sexual por companheiros da mesma idade e sexo oposto ampliam o quadro. A variação desse comportamento, a nível individual, pode ser observada. Num extremo, encontram-se aqueles adolescentes que se desligam inteiramente dos pais; no outro, aqueles que permanecem intensamente apegados e são incapazes ou relutantes em dirigir seu Comportamento de Apego para outras pessoas. Entre estes extremos, situa-se a grande maioria dos adolescentes, cujo apego aos pais permanece, mas cujos vínculos com outras pessoas tornam-se também muito importantes. Também para a maioria dos indivíduos, o vínculo com os pais permanece ao longo do desenvolvimento. Contudo, durante a adolescência e vida adulta, uma certa proporção do Comportamento do Apego será comumente dirigido não só para pessoas fora do ambiente familiar, mas também a outros grupos e instituições.

O Comportamento de Apego, na vida adulta, é uma continuação direta do comportamento na infância. Em casos de doença e calamidade, os adultos tornam-se, freqüentemente, mais exigentes em relação a outras pessoas. Nas situações de perigo ou desastre súbito, uma pessoa, quase certamente, buscará proximidade de uma outra pessoa conhecida e de sua confiança. Na velhice, o Comportamento de Apego pode passar a ser dirigido para membros de gerações mais novas.

No quadro a seguir, apresentamos as características relacionadas ao Comportamento de Apego, no curso do desenvolvimento, segundo BOWLBY (1990_a).

Quadro 9: Desenvolvimento do Comportamento de Apego

NASCIMENTO	Estágio do Pré-Apego (Nascimento - 8 semanas) O bebê só é conservado na proximidade da mãe ou substituta em virtude das ações desta. Dotado de certo número de sistemas comportamentais prontos a serem ativados: choro, sucção e agarramento. Capacidade para discriminar uma pessoa da outra limitada a estímulos olfativos e auditivos. A separação não gera dificuldades, desde que suas necessidades sejam satisfeitas. O bebê é aquietado por interação social, como ser levado ao colo, voz humana, ser acariciado, etc. As respostas de balbuciar e sorrir aumentam de intensidade quando o adulto lhe responde.
3 MESES	O bebê responderá a mãe ou substituta de modo diferente: sorrir, balbucia e a segue com os olhos. Discriminação perceptual presente. Orientação e sinais dirigidos para uma ou mais figuras. Formação do Apego: (8-10 semanas a 6 meses)
6 MESES	Definição do Apego (6 – 24 meses) Comportamento de Apego nitidamente presente. Sistemas mediadores do comportamento do bebê em relação a figura materna tornam-se organizado. Presença de sinais de sofrimento na ausência mãe. Choro pela ausência da mãe ou substituta; sorrisos, agitação dos braços e balbucios quando mãe regressa. È observado o comportamento para meta.
9 MESES	O bebê segue a mãe. Após o seu retorno: sorrisos e gestos saudando o retorno. Engatinha em direção a mesma. Agarra-se a mãe obstinadamente e principalmente quando assustada. Comportamento de Apego também dirigido a outros adultos familiares.
PRIMEIRO ANO	A figura da mãe como figura independente. A criança passa a estar mais consciente de uma partida iminente. Protestos quando posto no berço, e mais tarde quando sua mãe desapareceu de sua visão. Atento ao paradeiro da mãe. Comportamento de Apego vigoroso e regular até próximo final terceiro ano.
APÓS TERCEIRO ANO	Comportamento Apego menos urgente e freqüente que antes. Segurança com figuras subordinadas de apego
ADOLESCÊNCIA, VIDA ADULTA E VELHICE	Comportamento de Apego dirigido aos pais, a outras figuras de vinculação, grupos e instituições são observados em determinadas situações nas quais são mais facilmente eliciadas: doenças, calamidades, perigo ou desastres súbitos.

BOWLBY (1990_a) chamou atenção aos quatro processos que atuam durante o curso do desenvolvimento infantil, como descritos a seguir:

- Tendência inata para olhar certos padrões de preferência a outros, e para olhar para as coisas que se movimentam;

- Aprendizagem por exposição, por meio da qual o familiar passa a ser diferenciado do que é estranho;

- Uma tendência para aproximar-se do familiar e, mais tarde, para afastar-se do que é estranho;

- Feedback dos resultados, por meio do qual uma seqüência comportamental é aumentada quando seguida de certos resultados e diminuída quando seguida de outros.

Portanto, a Teoria do Apego, no que diz respeito ao desenvolvimento do Comportamento do Apego, destacou tanto o papel desempenhado pela natureza (base biológica e genética) como aquele desempenhado pela aprendizagem, atuando de modo contínuo e interatuantes. O Comportamento de Apego é assim considerado uma classe de comportamento social.

De acordo com BOWLBY (1990_a), as investigações e conhecimento sobre o Comportamento de Apego, em seres humanos, podem ser resumidos em oito tópicos, como descritos abaixo:

1- Nos bebês humanos, as respostas sociais de todos os tipos são eliciadas, inicialmente, por uma série de estímulos, e, mais tarde, por uma gama reduzida, a qual será direcionada, após alguns meses, a estímulos provenientes de um número restrito de indivíduos;

2- Tendência para responder socialmente a certos tipos de estímulos e não a outros;

3- Quanto mais experiência de interação social um bebê tiver com uma pessoa, mais forte se tornará seu apego a esta pessoa;

4- Aprender a discriminar diferentes rostos, segue-se geralmente a períodos de atenta observação visual e escuta, sugerindo que a aprendizagem por exposição desempenha um importante papel;

5- Na maioria dos bebês, o Comportamento de Apego desenvolve-se durante o primeiro ano de vida;

6- É impossível que qualquer fase sensível relativa ao Comportamento de Apego inicie-se antes das seis semanas;

7- Após seis meses, e de um modo mais acentuado após os oito ou nove meses, a probabilidade que os bebês reajam a figuras estranhas com respostas de medo é maior. Também é mais provável que reajam com respostas mais vigorosas do que quando eram mais jovens. Devido a crescente freqüência e força de tais reações de medo, o desenvolvimento do apego a uma nova figura torna-se cada vez mais difícil no final do primeiro ano de vida e posteriormente;

8- Desde que uma criança tenha ficado fortemente apegada a uma determinada figura, ela tende a preferir essa figura a todas as outras, e tal preferência tende a persistir apesar da separação.

3.6. A ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO

Na obra de BOWLBY (1990_b), o termo ansiedade assume dois significados. O primeiro denota aquilo que sentimos quando nosso comportamento de apego é ativado e buscamos sem êxito uma figura de apego. O segundo refere-se como sentimo-nos quando, por uma razão qualquer, estamos incertos de que a figura de apego estará a nosso alcance, caso assim o queiramos.

Neste sentido, a ansiedade de separação de uma figura de ligação pertence a mesma classe de situações passíveis de suscitar medo, tais como, o escuro, mudanças súbitas e acentuadas no nível de estímulo (ruídos fortes, movimentos bruscos, pessoas estranhas, etc.). Embora nenhuma dessas situações possam ser consideradas intrinsecamente perigosa, cada uma delas comporta um risco maior. O ruído pode ser um prenúncio de um desastre natural, tais como, incêndio, terremoto, etc. Para um animal jovem, um predador é estranho, movimenta-se, e, com freqüência, ataca de noite, sendo mais provável que o faça quando a vítima está sozinha. É este comportamento (temor a essas situações) que promove o êxito da sobrevivência e da procriação. Estudos demonstraram que os jovens das espécies que sobreviveram, incluindo o homem, foram aqueles geneticamente propensos a desenvolverem-se de modo a reagir ao ruído, estranheza, aproximação súbita e a escuridão, visto que, em tais casos, ocorrerá o comportamento de fuga ou evitação. As respostas de medo suscitadas pela ocorrência natural de tais indícios de perigo fazem parte, assim, do equipamento comportamental básico do homem (BOWLBY, 1990_b).

Para BOWLBY (1990_b), a ansiedade em torno da separação involuntária de uma figura de ligação assemelha-se à ansiedade que o comandante de uma força expedicionária sente, quando as comunicações com a sua base são cortadas ou ameaçadas, concluindo que a ansiedade, em torno de uma separação involuntária, pode ser uma reação perfeitamente normal, saudável e esperada.

Neste sentido, a ansiedade de separação pode ser descrita como uma resposta natural e inevitável, sempre que uma figura de ligação está, inexplicavelmente, ou injustificadamente, ausente (BOWLBY, 1990_b).

Enquanto a ansiedade de separação é a resposta usual a uma ameaça ou a algum risco de perda, o luto é entendido como resposta usual a uma perda, após ela ter ocorrido. BOWLBY (1990_b) sugeriu que o curso do luto pode ser dividido em quatro fases:

1- ***Fase de Torpor***

Usualmente, esta fase dura de algumas horas a uma semana e pode ser interrompida por acessos de consternação e/ou raiva extremamente intensas.

2- ***Fase da Saudade e Busca da Figura Perdida***

Alguns dias depois ou uma ou duas semanas após a perda, ocorre uma mudança e o indivíduo começa a dar-se conta da realidade da perda que sofreu. As preocupações com a pessoa perdida são comuns, muitas vezes acompanhados por uma sensação de sua presença real, assim como uma tendência para interpretar sinais ou sons como indicação de que a pessoa perdida retornou. São comuns, nesta fase, intensa aflição, crises de choro, desassossego, preocupações sobre a pessoa perdida, raiva, entre outras.

3- ***Fase da Desorganização e Desespero***

> *"Existem provas de que os afetos mais intensos e perturbadores provocados por uma perda são o medo de ser abandonado, a saudade da figura perdida e a raiva por não reencontrá-la - afetos que estão associados, por um lado, ao anseio de buscar a figura perdida e, por outro, a ser uma tendência a recriminar furiosamente quem quer que pareça ser o responsável pela perda ou estar dificultando a recuperação da pessoa que foi perdida. (...). Quer estejamos no papel de amigo da pessoa que recentemente sofreu uma perda ou na de terapeuta (...). (...) nosso papel deve ser, então, o de um companheiro pronto a oferecer todo o apoio, preparado para explorar, em nossas discussões, todas as esperanças, desejos, tênues possibilidades improváveis que a pessoa ainda acalanta, somados a todas as recriminações, remorsos e decepções que a afligem.*
>
> *BOWLBY, 1990$_b$, p. 88*

4- ***Fase de Maior ou Menor Grau de Reorganização:***

Para que o luto leve a um resultado favorável, torna-se necessário que a pessoa expresse, mais cedo ou mais tarde seus sentimentos e emoções.

Evitar o luto é uma variante patológica do pesar. Três características são comuns no pesar crônico, são elas: a relação foi extremamente íntima, sendo que boa parte da auto-estima e identidade do papel do sobrevivente dependia da contínua presença do outro; ausência de relações estreitas com outros membros familiares, e como terceira característica, a presença de relações ambivalentes, como por exemplo, quando o sobrevivente auto-recrimina-se e culpa-se por não ter sido um bom companheiro (BOWLBY, 1993_b).

BOWLBY (1993_b), estudando as reações de crianças pequenas à separação materna, observou entre as crianças de 13 a 32 meses de idade, uma série de quatro fases consecutivas ao desaparecimento da mãe: ***Fase do Protesto, Fase da Saudade e Busca da Figura Perdida, Fase do Desespero e Fase do Desligamento.***

O estranho comportamento de desapego, observado em crianças depois de estarem por algum tempo em lugar estranho e longe de figuras de ligação, levou BOWLBY (1989) a concluir que os sinais que normalmente ativaram o Comportamento de Apego estão falhando, ou seja, esses sinais não estão conseguindo alcançar o sistema comportamental responsável pelo mesmo Comportamento de Apego. Um bebê de quinze a trinta meses, que venha mantendo uma relação bastante segura com sua mãe e nunca tenha separado-se dela antes, mostrará via de regra uma seqüência previsível de comportamentos. Primeiro, com lágrimas e raiva, o bebê exige que sua mãe regresse. Esta é denominada Fase de Protesto, e pode durar vários dias. Depois, torna-se calmo, mas continua tão preocupado quanto estava antes e ainda anseia pelo seu regresso; num terceiro momento, suas esperanças diminuem e ele entra na Fase de Desespero. Essas duas fases se alternam freqüentemente. Finalmente, o bebê parece esquecer sua mãe, de modo que, quando ela regressa, permanece desinteressado, e pode parecer que não a reconhece (Fase do Desligamento). Em cada uma dessas fases, a criança é propensa à birra e episódios de comportamento destrutivo, muitas vezes de um tipo violento. O comportamento da criança ao juntar-se, novamente, com a figura de ligação, dependerá da fase atingida durante a separação e por numerosas variáveis que influenciaram o comportamento da criança durante e depois da separação, tais como, tempo de duração da separação, a presença de figuras substitutas, relações anteriores, etc.

Vale ressaltar, que, para BOWLBY (1990_b), o apego é uma conduta instintiva, na qual a criança apega-se a outra pessoa, não àquela que a alimenta, mas sim a que mais interage com ela. Seu postulado fundamental é de que a fobia e a ansiedade de separação, considerada por Freud como resultante de um conflito neurótico, é, para este, apenas um comportamento instintivo normal e esperado, presente tanto nos animais como no homem. Assim, a tendência a reagir pelo medo, como, por exemplo, quando a criança está só ou no escuro, expressam tendências, geneticamente determinadas, que preparam o indivíduo para enfrentar os perigos externos reais.

Dessa maneira, a Ansiedade de Separação é compreendida como uma reação puramente instintiva a um perigo externo, e não como resultado de conflitos inconscientes. Sua freqüência e duração dependerão das relações estabelecidas, nos primeiros anos de vida, com as figuras de ligação, assim como, da presença ou não de uma base segura ao longo do desenvolvimento. Reconheceu esse autor, o papel dos vínculos humanos como precursores na organização do desenvolvimento maduro posterior e da qualidade desses vínculos, observando a existência de fortes efeitos reativos em conseqüência da separação materna ou de seu substituto.

A ansiedade de separação, ou seja, a ansiedade de perder ou tornar-se separado de uma pessoa significativa, é definida como uma disposição humana básica.

3.7. MODELOS DE APEGO

Como discutido, anteriormente, o ponto fundamental da tese defendida por BOWLBY (1990_b) é a forte relação causal entre as experiências de um indivíduo com seus pais e sua capacidade posterior para estabelecer vínculos afetivos. Segundo esta teoria, a principal variável neste processo, é o grau em que os pais de uma criança:

- ***Oferecem uma Base Segura, ou seja, a confiança de que existe uma ou mais pessoas que virão em ajuda caso surjam dificuldades;***

- ***Estimulam a criança a explorar o ambiente a partir desta base.***

O grau com que os pais reconhecem e aceitam o desejo e a necessidade da criança de uma base segura é um fator de extrema importância. Isto implica uma compreensão intuitiva do comportamento de ligação de uma criança e uma disposição para satisfazê-lo e, no momento adequado, terminá-lo; e em segundo lugar, o reconhecimento de que uma das fontes mais comuns de raiva da criança é a frustração do seu desejo de amor e cuidados. Sua ansiedade, geralmente, reflete a incerteza quanto à disponibilidade dos pais. Muito importante, também, é o respeito dos pais pelos desejos da criança em explorar e ampliar, gradualmente, suas relações com crianças de sua idade e com outros adultos (BOWLBY, 1990_b).

BOWLBY (1990_b) referiu-se à criança que cresceu segura e autoconfiante, cooperativa e prestativa para com as outras pessoas, como uma pessoa que constituiu um modelo representacional de si mesma como sendo capaz de se ajudar e merecedora de ser ajudada caso surjam dificuldades. Ressaltou também como um indivíduo deste tipo é definido por outros autores psicanalíticos, como, por exemplo, para FAIRBAIRN (1952): "dependência madura"; para ERIKSON (1950): como alguém dotado de "confiança básica" e para KLEIN (1948): que a pessoa "introjetou um objeto bom".

BOWLBY (1989) identificou e descreveu os três modelos principais de apego, anteriormente descritos por AINSWORTH *et al.* (1971), juntamente com as condições familiares que os promovem, como apresentados a seguir.

3.7.1. Apego Seguro

O indivíduo está confiante de que seus pais ou figuras paternas estarão disponíveis, oferecendo respostas e ajuda, caso ele se depare com alguma situação adversa e amedrontadora. Essa segurança faz com que ele se sinta corajoso para explorar o mundo.

Este modelo é promovido por um dos pais ou os dois (ou substitutos) nos primeiros anos de vida do bebê. Crianças que apresentam um modelo seguro de apego já aos doze meses tendem a ser descritas como populares, fortes e capazes.

3.7.2. Apego Ansioso Resistente ou Ambivalente

Neste caso, o indivíduo mostra-se incerto quanto à disponibilidade e à possibilidade de receber respostas ou mesmo ajuda por parte dos pais, caso necessite. Por causa desta incerteza, ele tende, constantemente, à ansiedade de separação, a ficar "grudado" e a ficar ansioso quanto a exploração do mundo. Este modelo é promovido por pais que se mostram disponíveis e prestativos em algumas ocasiões e não em outras, é também promovido por separações e, como demonstram as descobertas clínicas, por ameaças de abandono usadas como meio de controle.

As crianças que apresentam modelo ansioso resistente ou ambivalente tendem a buscar excessiva atenção, apresentam-se ansiosas, tensas, impulsivas, facilmente frustadas, ora passíveis e incapazes.

3.7.3. Apego Ansioso com Evitação

Neste caso, o indivíduo não tem nenhuma confiança de que quando procurar cuidado terá resposta e ajuda, mas ao contrário, espera ser rejeitado. Quando em grau elevado, o indivíduo procura viver sua vida sem amor e sem ajuda de outros, procurando tornar-se emocionalmente auto-suficiente. Este modelo é resultado de constante rejeição por parte da mãe ou seu substituto, sempre que o indivíduo a procurava a fim de obter conforto e proteção. Os casos mais extremos são resultantes de rejeições repetidas.

Uma criança ansiosa e ambivalente tende a ser resmungona e agarrada, enquanto a ansiosa e evitante mantém-se à distância e tende a implicar com outras crianças. As crianças que apresentam um modelo ansioso e evitante tendem a ser descritas como emocionalmente afastadas, hostis, ou anti-sociais, alternando comportamentos de busca excessiva de atenção.

A seguir, apresentamos os comportamentos relacionados a cada modelo de acordo com BOWLBY (1989):

1- **APEGO SEGURO:** expressão de felicidade; cooperativa; menos exigente; tratam os pais de forma relaxada e amigável; estabelecem intimidade com eles facilmente; mantém fluxo aberto para o diálogo.

2- **APEGO ANSIOSO RESISTENTE:** são comumente resmungonas; agarradas; buscam excessiva atenção, tensas; impulsivas e facilmente frustradas; passivas e incapazes; apresentam uma mistura de insegurança, tristeza e medo; intimidade alternada com hostilidade; tendem antecipar resposta negativa por parte dos pais, mas tentam mostrar-se "boazinhas" e "charmosas".

3- **APEGO ANSIOSO EVITANTE:** mantém-se à distância; tendem a implicar com outras crianças; emocionalmente afastadas, hostis ou anti-sociais; solicitam excessiva atenção; tendem manter pais à distância; saudações formais e rápidas; diálogos impessoais; ocupadas com brinquedos ou outras atividades, ignoram ou mostram-se desatentas às iniciativas dos pais.

A Teoria do Apego invocou o conceito de modelos funcionais do self e dos pais. Os modelos funcionais que a criança constrói de sua mãe e da forma como ela se comunica e se comporta, em relação à criança, junto a um modelo comparável do pai e aos modelos complementares de si mesma, em interação com cada um deles, são construídos pela criança durante os primeiros anos de vida. Uma vez construídos, os modelos dos pais e do self, em interação, tendem a persistir e passam a operar num nível inconsciente. À medida que a criança seguramente apegada cresce e seus pais a tratam diferentemente, ocorre uma atualização gradual dos modelos. Apesar do período de tempo transcorrido, seus modelos funcionais continuam a ser representações relativamente boas de si mesma e de seus pais em interação. No caso da criança ansiosamente apegada, a atualização gradual de modelos é, em algum grau, obstruída, e o modelo de interação pode ter se tornado habitual, generalizado e inconsciente, persistindo num estado mais ou menos imutável (BOWLBY, 1989).

BOWLBY (1989) destacou que até os três anos de idade o padrão de apego é predominantemente uma propriedade da relação criança-mãe ou criança-pai. Neste caso, se um dos pais passa a tratar a relação de forma diferente, o modelo também tende a modificar-se. Contudo, durante as fases subsequentes do desenvolvimento infantil, este padrão ou modelo, passa a tornar-se cada vez mais uma propriedade da própria criança, a qual tenderá a impô-lo às novas relações, como com uma professora, amigos, terapeuta, etc.

Cada modelo, uma vez desenvolvido, tende a persistir, visto que "a maneira como os pais tratam a criança tende a permanecer a mesma, a menos que haja uma influência renovadora que venha modificar as circunstâncias desse trato. O modelo uma vez esboçado, tende a ser autoperpetuante porque leva a criança a agir de maneira que o confirma". Assim, *"à medida que a criança cresce, o padrão de apego vai se internalizando, ou seja, vai se tornando uma propriedade da personalidade da criança, que tende a ser imposto a todas as relações; com o passar do tempo, diminui a flexibilidade ou permeabilidade do modelo a novas experiências. (...) de acordo com BELSKY (1986) os modelos representativos internalizados são definidos como representações mentais, carregadas de afeto, do self, do outro e da relação, derivadas de experiências interacionais, as quais funcionam (fora da percepção consciente) dirigindo a atenção e organizando a memória de maneira que guia o comportamento interpessoal e a interpretação da experiência social"* (MONTORO, 1994, p. 57-58).

3.8. PADRÕES DE PARENTALIDADE PATOGÊNICOS

BOWLBY (1990_b) afirmou que muitos daqueles que são encaminhados aos psiquiatras são indivíduos ansiosos, inseguros e, geralmente, descritos como superdependentes ou imaturos. Esses indivíduos em condições de estresse tendem a desenvolver sintomas neuróticos, depressão ou fobias. De acordo com estudos anteriores, os mesmos estiveram expostos a pelo menos um, e, geralmente mais de um, de certos padrões típicos de ***Parentalidade Patogênicas*** como descritos a seguir:

1- Ausência persistente de respostas de um ou ambos os pais ao comportamento eliciador de cuidados da criança, e/ou depreciação e rejeição marcada;

2- Descontinuidades da parentalidade, ocorrendo mais ou menos freqüente, incluindo períodos em hospital ou instituição;

3- Ameaças persistentes por parte dos pais de não amar a criança, e usadas como um meio para controlá-la;

4- Ameaças por parte dos pais, de abandonar a família, usadas, ou como um método de disciplinar a criança, ou como uma forma de coagir o cônjuge;

5- Ameaças por parte de um dos pais de abandonar, ou mesmo matar o outro, ou então de cometer suicídio;

6- Indução de culpa à criança, afirmando que o comportamento dela é, ou será, responsável pela doença ou morte de um dos pais.

Para BOWLBY (1990_b), qualquer uma dessas experiências descritas acima, podem levar uma criança, um adolescente ou um adulto a viver em constante ansiedade, com medo de perder sua figura de ligação e, por conseguinte, a ter um baixo limiar para a manifestação do comportamento de ligação ou apego ansioso. Destacou, também, um conjunto adicional de condições a que estes indivíduos estiveram expostos, ou ainda estão, ou seja, ***quando um dos pais, geralmente a mãe, exerce pressão sobre eles para atuarem como figura de ligação para ela, invertendo assim a relação normal e esperada***. Os meios de exercer tal pressão variam desde o encorajamento inconsciente de um senso prematuro de responsabilidade para com os outros, até o uso deliberado de ameaças e indução de culpa. Indivíduos tratados dessa maneira são passíveis de tornarem-se excessivamente escrupulosos e dominados por sentimentos de culpa, assim como, ansiosamente ligados. Segundo este autor, a maioria dos casos de fobia escolar e agorafobia originam-se, provavelmente deste modo.

HENDERSON (1974) apud [BOWLBY (1990_b)], afirmou que estas variações do Comportamento de Ligação são suscetíveis não só de provocar na criança raiva dos pais, mas também de inibir a sua expressão. Como resultado, haverá muito ressentimento parcial inconsciente, o qual persiste na vida adulta e expressa-se, geralmente, num afastamento em relação aos pais e numa aproximação em relação a alguém mais fraco, por exemplo, um cônjuge ou um filho. É bem provável que tal indivíduo esteja sujeito a fortes anseios de amor e apoio, os quais podem expressar-se por alguma forma aberrante de comportamento eliciador de cuidados, como, por exemplo, tentativas de suicídio, anorexia nervosa, hipocondria, etc. .

BOWLBY (1990_b) destacou um Comportamento de Ligação oposto ao de Ligação Ansiosa, o qual foi anteriormente descrito por PARKES (1973), ou seja, ***a autoconfiança compulsiva.*** Neste caso, **ao *invés de buscar amor e os cuidados de outros, uma pessoa, que apresenta este padrão, insiste em sua onipotência, agüentando sozinha as adversidades e fazendo tudo por si mesma, seja quais forem as condições.*** Tais indivíduos são passíveis de "desmoronar" sob estresse e apresentar sintomas psicossomáticos ou depressão. Muitos desses, tiveram experiências semelhantes àquelas dos indivíduos que desenvolveram uma Ligação Ansiosa, porém reagiram a elas de modo diferente, inibindo o sentimento e o Comportamento de Ligação. Tal como no caso da Ligação Ansiosa, é provável que exista muito ressentimento subjacente, o qual, quando suscitado, volta-se contra as pessoas mais fracas, como também, extrema necessidade de amor e apoio. Nos casos em que o indivíduo adota, em relação a si mesmo ou aos outros, as mesmas atitudes e formas de comportamento que seus próprios pais adotaram, pode-se afirmar que ele se identifica com um dos pais.

Para BOWLBY (1990_b), os processos, pelos quais as atitudes e formas de comportamentos são transmitidas de pais para os filhos, são adquiridos através da ***aprendizagem por observação***, e assim, não diferem dos processos pelos quais outras formas complexas de comportamento são adquiridas, incluindo, neste caso, as habilidades úteis. Os modelos representacionais de figuras de ligação e do eu que um indivíduo constrói, durante sua infância e adolescência, tendem a persistir relativamente inalterados, até durante toda a vida adulta. Desse modo, o indivíduo tende a assimilar qualquer nova

pessoa com quem possa formar vínculos (esposa, filho, patrão, terapeuta, etc.), a um modelo já existente (o de um ou outro de seus pais ou do próprio eu), e continua, freqüentemente, a fazê-lo, apesar de repetidas provas de que o modelo é inadequado.

Destacou BOWLBY (1990_b), que segundo a Teoria Psicanalítica, os processos descritos acima são, freqüentemente, explicados em termos de "internalização de um problema", e as atribuições e percepções errôneas são imputadas à projeção, introjeção ou fantasia. Estas afirmações, ressalta o autor, tendem a ser ambíguas. Neste caso, as experiências prévias da vida real só recebem uma vaga alusão, ou então são totalmente obscurecidas, dificultando a compreensão de tais atribuições e levando a percepções errôneas.

Para BOWLBY (1989), a descrição desses processos, nos termos da Psicologia Cognitiva, garante uma maior apreciação, possibilitando a formulação de hipóteses testáveis, no que diz respeito ao papel causal, dos diferentes tipos de experiências infantis, através da observação da persistência dos modelos representacionais de figuras de ligação e do eu.

Neste sentido, os determinantes principais do curso do desenvolvimento do apego e o padrão pelo qual ele torna-se organizado resultam das experiências estabelecidas com figuras significativas, durante seus anos de imaturidade, ou seja, enquanto bebê, criança e adolescente (BOWLBY, 1990_b).

Quanto à psicopatologia, BOWLBY (1990_b) enfatizou que aqueles que padecem de transtornos psiquiátricos, neuróticos ou psicóticos manifestam sempre uma deterioração da capacidade de estabelecer vínculos afetivos, uma deterioração que, com freqüência, é grave e duradoura. Em alguns casos, tal deterioração é secundária, em relação às outras mudanças, mas em grande parte é primária e deriva de falhas, no desenvolvimento do Comportamento de Apego, as quais ocorreram na infância e, geralmente, num ambiente atípico. Portanto, é essencial que o bebê e a criança pequena tenham a vivência de uma relação calorosa, íntima e contínua com uma figura de ligação, geralmente a mãe, na quail ambos encontrem satisfação e prazer.

Efetivando um estudo retrospectivo de pesquisa, e baseado na observação direta de crianças, BOWLBY (1989, 1990_a, $1993_{a,b}$) demonstrou que aqueles que estiveram expostos a uma base segura (o indivíduo confia que seus pais ou substitutos estão disponíveis oferecendo resposta e ajuda, caso ele se depare com alguma situação adversa ou amedrontadora) tendiam no curso do desenvolvimento a exibir uma melhor e maior competência social, e um melhor relacionamento com os demais (BOWLBY, 1989, 1990_a, $1993_{a,b}$).

Seus postulados tornam o relacionamento pais e filhos como tema central, abrindo um leque de possibilidades e inquietações ao estudo da psicopatologia infantil e adulta, assim como, para tomada de decisões, quanto a profilaxia destes quadros.

Buscando compreender as diferenças de grau com que os modelos iniciais são atualizados, BOWLBY (1989) destacou a liberdade de comunicação entre a mãe e o filho. Para tanto, recorreu aos estudos de MAIN *et al.* (1985) apud [BOWLBY (1989)], os quais demonstraram que enquanto um par seguro (mãe-criança) se engaja numa conversa fluente e entrelaçada de expressões de sentimentos, abordando vários temas, incluindo os pessoais, os pares inseguros não o fazem. Em alguns casos, as conversas são fragmentadas e os tópicos se alternam abruptamente. Especialmente nos pares evitantes, a conversa é limitada, os tópicos impessoais, como também, são omitidas as expressões de sentimentos.

Para BOWLBY (1989), as diferenças marcantes, no grau em que a comunicação é livre ou restrita, são de grande importância para a compreensão das razões que levam uma criança a se desenvolver de forma saudável e outra de forma perturbada. Neste sentido, adverte que para que a relação entre dois indivíduos prossiga harmoniosamente, cada um deve estar ciente dos pontos de vista, objetivos, sentimentos e intenções do outro, e, cada um deve ajustar seu próprio comportamento de forma que alguma aliança de objetivos seja alcançada. Isto requer que cada um possua modelos de si e do outro razoavelmente aprimorados e que sejam regularmente atualizados pela comunicação livre entre eles. AINSWORTH *et al.* (1971); BLEHAR *et al.* (1977) apud [BOWLBY (1989)] enfatizaram que a investigação, já nos primeiros dias de vida do bebê, do grau com que a comunicação entre o par pai/mãe-filho flui livre ou não demonstram que, nos pares destinados a desenvolver um modelo de apego seguro, o grau de comunicação é muito maior do que naqueles em que isto não ocorre.

BOWLBY (1989) também destacou os estudos de MAIN *et al.* (1985) sobre o relacionamento dos pais durante a infância e o modelo de apego estabelecido com os filhos. Esses autores verificaram que a mãe de uma criança segura tende a relatar uma infância relativamente feliz e mostra-se capaz de falar sobre isso prontamente e com detalhes. De maneira oposta, a mãe de uma criança insegura tende a responder o inquérito de uma ou outra maneira: a) as mães de crianças ansiosas e resistentes descrevem um relacionamento difícil e infeliz com sua mãe, o que ainda as perturba e as mantém mentalmente ligadas à mãe; b) a outra maneira apresentada pelas mães de crianças ansiosas e evitantes, é a de dar a nítida impressão que tiveram uma infância feliz, contudo, não só se mostram incapazes de apresentar detalhes que sustentam a descrição, como também descrevem eventos que apontam para direção oposta. Insistem que não conseguem lembrar de quase nada e muito menos de como eram tratadas. Outro grupo de mães chamou atenção desses pesquisadores. Neste grupo, embora as mães tivessem descrito uma infância muito infeliz, chegando ao choro durante o relato, seus filhos demonstravam apego seguro a elas. Estas foram capazes de contar suas histórias de forma coerente e fluente, identificando claramente os aspectos positivos e negativos de suas experiências. Também pareciam compreender o motivo dos seus pais terem-nas tratado daquele modo, aceitando a própria experiência. De forma oposta, as mães de crianças, cujo modelo em relação às mesmas era inseguro, e que também descreviam uma infância infeliz, apresentavam um relato incoerente e sem fluência, sendo abundantes as contradições, as quais passavam despercebidas durante o relato. Concluíram esses autores, que o livre acesso às informações e uma organização coerente dessas informações têm um papel determinante no desenvolvimento da personalidade.

Sobre o desenvolvimento da personalidade, BOWLBY (1989) rejeitou os modelos de desenvolvimento que consideram o indivíduo como passando por uma série de estágios e nos quais pode tornar-se fixado ou a estes regressar. Defendeu, portanto, um modelo no qual o indivíduo é inicialmente exposto a um ou outro grupo de caminhos potenciais. Esse modelo considera como tendo, o bebê, desde o nascimento, um grupo de caminhos potencialmente abertos a ele. O caminho a ser percorrido será determinado a todo momento pela interação entre como ele é agora e o meio ambiente em que este se encontra, especialmente pela forma como os pais (ou substitutos) o tratam e como ele responde a

esses. Crianças, cujos pais são sensíveis e oferecem respostas, estão capacitadas a se desenvolverem ao longo de um caminho promotor de saúde. Aquelas em que os pais são insensíveis, não oferecendo respostas, são negligentes ou as rejeitam, tendem a desenvolver-se ao longo de um caminho incompatível com as condições necessárias à saúde mental.

As mudanças, na forma como a criança é tratada, podem alterar o curso de seu desenvolvimento para uma direção mais favorável, desde que o curso do desenvolvimento subsequente não esteja ainda estabelecido. Embora a capacidade para mudanças, no desenvolvimento, reduza-se com a idade, estas podem ocorrer durante todo o ciclo da vida. Esse potencial permanente para mudanças significa que o indivíduo pode tornar-se vulnerável a qualquer momento da vida a alguma possível adversidade e que também é permeável às influências favoráveis (BOWLBY, 1989).

A principal variável no desenvolvimento da personalidade de uma pessoa é o caminho ao longo do qual seu Comportamento de Apego se organiza. Este caminho será determinado, em grande parte, pela maneira de como as figuras parentais relacionam-se com os filhos, não apenas no início da vida, mas durante toda infância e adolescência. O principal motivo pela qual tais experiências influenciam o desenvolvimento da personalidade deve-se aos seus efeitos, ou seja, através de como uma pessoa interpretará o mundo a sua volta e de como o indivíduo espera que as pessoas a quem este deveria se apegar se comportem. Ambos são derivativos dos modelos representacionais de seus pais ou substitutos formados durante a infância. Esses modelos tendem a persistir relativamente sem modificações, num nível inconsciente e são reflexões corretas de como seus pais o tratavam (BOWLBY, 1989).

Uma mãe, que como resultado de experiências adversas na infância, cresce tornando-se ansiosamente apegada, está inclinada a buscar cuidados em seu próprio filho e, dessa forma, levando também a criança a tornar-se ansiosa, culpada e possivelmente fóbica. A mãe que sofreu negligências na infância e freqüentes ameaças de abandono ou violência física, está mais inclinada do que outra à severidade física com seus filhos (BOWLBY, 1989).

Quanto a Agorafobia, BOWLBY (1993_b) enfatizou a semelhança desta com a recusa escolar ou fobia escolar. Em ambos os casos, o indivíduo apresenta receio a multidões e várias outras situações, suscetibilidade a ataques de pânico, sintomas depressivos e outros sintomas psicossomáticos, e não é raro que a condição seja desencadeada por uma doença ou morte. Também, em ambos os casos, o paciente é superdependente e filho de pais que sofrem, um deles ou ambos, de longa neurose, ou encontram-se sob o domínio de uma mãe "superprotetora". Dentre as várias situações temidas, duas repetem-se com maior freqüência: afastar-se de locais familiares e estar sozinho, especialmente quando longe de casa.

BOWLBY (1993, p. 319) levantou a hipótese de que os padrões de interação presentes nas famílias dos pacientes agorafóbicos possam ser similares àqueles encontrados nas famílias de crianças que recusam ir à escola. De acordo com esse autor, os Padrões A, B e C de interação descritos abaixo, comumente encontrados nas famílias de crianças que recusam a escola, são, provavelmente, os que surgem com freqüência nas famílias dos pacientes agorafóbicos.

1- PADRÃO A

Neste padrão, a mãe, ou mais raramente o pai, que sofre de angústia crônica em relação às figuras de apego, reteve ou ainda retém o paciente em casa, para fazer-lhe companhia.

2- PADRÃO B

Neste tipo, o paciente receia que algum mal atinja a mãe, ou talvez o pai, na ausência dele. Assim permanece com ela em casa ou, sempre que sai, insiste em que ela o acompanhe.

3- PADRÃO C

No Padrão C o paciente receia que algum mal lhe ocorra fora de casa e, assim, permanece em casa para impedir o mal.

4- PADRÃO D:

Enfatiza esse autor, que o quarto padrão, apesar de não ser observado diretamente nas famílias de pacientes agorafóbicos possui evidências indiretas que sugerem a possibilidade de sua ocorrência. Neste tipo, um dos pais teme pela segurança do filho e , por isso, o conserva em casa.

Para BOWLBY (1993_b), as conclusões sobre a relação entre agorafobia e o padrão de interação familiar ainda permanecem em aberto. Para tanto, sugere a necessidade de estudos que investiguem, dando atenção especial, a interação no âmbito das famílias de pacientes agorafóbicos.

BOWLBY (1993_b) também destacou a estreita vinculação entre agorafobia e depressão. Os sintomas de agorafobia e depressivos tendem a alternar-se, simultaneamente, conforme demonstraram os estudos de ROTH (1959) e SNAITH (1968) apud [BOWLBY (1993_b)]. Por outro lado, as pesquisas desenvolvidas por SCHAPIRA *et al.* (1970) apud [BOWLBY (1993_b)] constataram que pacientes agorafóbicos estão expostos, mais que outras pessoas, a risco de apresentar sintomas depressivos.

Para BOWLBY (1990_b), o objeto mais significativo que pode ser perdido não é o seio, mas a própria mãe (e, por vezes o pai). O período vulnerável não está limitado ao primeiro ano de vida, mas estende-se por vários anos da infância. A perda de um ou de ambos os pais, ou seus substitutos, não só dão origem a ansiedade e ao pesar, mas também ao processo de luto. Sustentou, também, que os processos de luto ocorridos, nos primeiros anos de vida, são mais suscetíveis a adotar um curso patológico do que aqueles ocorridos na adolescência ou vida adulta, como também, a deixar o indivíduo, a partir daí, mais propenso do que outros a responder de maneira análoga a uma nova perda. São exemplos das situações de perdas, a morte de uma figura significativa, a separação real, rejeição, perda de amor pela chegada de um novo bebê ou em decorrência da depressão materna, perda de afeição de um dos pais pelo outro, tendo todas essas situações como fator comum à perda pela criança de um ente a quem amava e a quem estava ligada. Os afetos mais intensos e perturbadores ocasionados por uma perda são o medo do abandono, a saudade da figura perdida e a raiva por não encontrá-la, afetos esses associados, por um lado, ao anseio de buscar a figura perdida e, por outro, uma tendência para recriminar furiosamente quem quer que pareça ser o responsável pela perda ou dificultar o retorno da pessoa perdida.

Sobre a autoconfiança e algumas das condições que as promovem, BOWLBY (1990_b) considerou que a necessidade de uma figura de ligação e uma base segura não se limitam unicamente às crianças, embora nesses anos tal necessidade seja mais evidente, mas ocorrem também com adolescentes e adultos. Nesses últimos, a necessidade é, geralmente, menos evidente e portanto tende a ser esquecida. Dois conjuntos principais de influências, ou seja, as externas e ambientais e as internas ou organísmicas, emergem no quadro de desenvolvimento da personalidade: **o primeiro diz respeito a presença ou ausência, parcial ou total, de uma figura de confiança, apta e disposta a fornecer o tipo de base necessária em cada fase do ciclo vital (influências ambientais ou externas)**; o segundo refere-se **a capacidade ou incapacidade relativa do indivíduo para reconhecer quando uma pessoa é digna de sua confiança e está disposta a fornecer uma base e, no caso de haver tal reconhecimento, colaborar com tal pessoa, de modo que seja iniciada e mantida uma relação mutuamente gratificante (Influências organísmicas ou internas).**

Neste sentido, ao longo da vida, os dois conjuntos de influências internas e externas interatuam de maneira complexa e circular. Assim o tipo de experiência que o indivíduo tem, especialmente durante a infância, terá uma grande influência sobre o fato dele esperar ou não encontrar mais tarde uma base pessoal segura, e, também, sobre o grau de competência que apresentará para iniciar e manter relações mutuamente gratificantes. Por outro lado, a natureza das expectativas que uma pessoa tem, e, o grau de competência que possui, desempenham um importante papel na determinação dos tipos de pessoas com quem buscará associação e do modo como, nesse caso, elas tratam-na. Vale destacar, que em decorrência dessas interações, seja qual for o primeiro padrão estabelecido, será este que tenderá a persistir. Esta é uma das principais razões porque o padrão de relações familiares que uma pessoa experimenta, na infância, é decisivo e importante para o desenvolvimento da personalidade (BOWLBY, 1990_b).

Portanto, de acordo com esta teoria, o funcionamento da personalidade saudável refletirá:

em primeiro lugar, a capacidade do indivíduo para reconhecer figuras adequadas que estarão dispostas e aptas a proporcionar-lhe uma base segura;

- **em segundo lugar, a sua capacidade para colaborar com essas figuras em relações mutuamente gratificantes.**

Para BOWLBY (1990_b), muitas formas de transtornos de personalidade refletem a reduzida capacidade de uma pessoa para reconhecer figuras adequadas e dispostas a fornecer uma base segura e/ou uma reduzida capacidade para colaborar em relações gratificantes com qualquer dessas figuras quando encontradas. Tal resultado pode assumir várias formas, tais como, apego ansioso, exigências excessivas ou muito intensas para a idade e para a situação, não envolvimento, indiferença ou independência desafiadora. Como características de uma personalidade bem ajustada e saudável destacou:

- **capacidade para confiar nos outros quando a ocasião requer;**
- **capacidade para diferenciar a quem é conveniente confiar;**
- **capacidade de trocar papéis, ora fornecendo uma base segura a partir da qual seu companheiro ou companheiros possam atuar e ora satisfeito em confiar em seus companheiros, os quais proporcionam uma base segura.**

Buscando fornecer uma continuidade de apoio potencial, que é a essência de uma base segura, as relações entre os pares deverão persistir durante um período de tempo adequado a cada situação.

Quanto ao processo psicoterápico, BOWLBY (1990_b) destacou que cabe ao terapeuta investigar se o problema apresentado pela paciente encontra-se entre aqueles a quem a Teoria do Apego é aplicável. Neste caso, deverá investigar qual o padrão tipicamente assumido pelo Comportamento de Apego do paciente. Para tanto, o psicoterapeuta deverá usar como base para avaliação o que o paciente diz sobre ele e sobre suas relações e observar como o paciente relaciona-se com ele. Deverá também investigar a história de vida, principalmente as perdas ocorridas, doenças, as chegadas, como, por exemplo, o nascimento de um irmão, etc. . Deve, também, avaliar em que medida os sintomas apresentados podem ser entendidos como respostas recentes ou tardias a esses eventos. Este autor, também chamou atenção para o fato de que as informações podem ser omitidas ou falsificadas pelo cliente durante o processo avaliativo.

"Um método comum de manter em segredo os distúrbios familiares consiste em atribuir os sintomas a alguma outra causa; ele tem medo dos meninos na escola (e não de que a mãe possa se suicidar), ela sofre de dores de cabeça e indigestão (e não porque a mãe ameaça repudiá-la se ela sair de casa); ele foi difícil desde que nasceu (não que fosse indesejado e negligenciado pelos pais); ele está sofrendo de uma depressão endógena (e no entanto está chorando tardiamente a morte do pai, que ocorreu há muitos anos)".

BOWLBY, 1990b, p.135

Neste sentido, devemos estar atentos de que muitas vezes o que é descrito como sintoma é comprovadamente uma resposta que, divorciada da situação que provocou, parece não compreensível. Em outras vezes, o sintoma surge como resultado da tentativa feita pelo indivíduo de evitar reagir com sentimento autêntico a uma situação verdadeiramente aflitiva ou deprimente. Portanto, cabe ao terapeuta identificar a situação ou situações a qual o paciente está respondendo ou inibindo uma resposta (BOWLBY, 1990_b).

BOWLBY (1990_b) avaliou a função do terapeuta, ao longo do processo psicoterápico, considerando os pressupostos da Teoria da Ligação ou Apego e destacando as tarefas inter-relacionadas que o mesmo deverá realizar, como descritas abaixo:

- Proporcionar ao cliente uma base segura, a partir do qual este poderá explorar a si mesmo e as relações com todos aqueles que estabeleceu ou poderá estabelecer um vínculo afetivo. O terapeuta deverá deixar claro ao cliente que todas as decisões sobre como analisar melhor uma situação e sobre qual a forma de agir nestas situações deverá ser de responsabilidade do cliente;

- Encorajar o cliente a examinar as situações nas quais se encontra em relação às figuras significativas e os papéis desempenhados nas mesmas, como também, identificar reações, sentimentos e pensamentos em tais situações;

- Chamar atenção do cliente sobre os modos como esse interpreta os sentimentos e comportamentos do terapeuta em relação a ele, como, também, para as previsões que o cliente realiza e as ações que adota em resultado disso;

- Ajudar o cliente a examinar como as situações nas quais este geralmente se encontra e suas reações típicas a elas, incluindo o que pode estar acontecendo entre ele e o terapeuta, podem ser entendidas como em termos de experiências da vida real que teve com figuras de ligação, durante a infância e adolescência (e ainda talvez esteja tendo), e de quais foram então (e podem ser ainda) suas respostas;

> *"Quanto mais desfavorável tiverem sido as experiências do paciente com seus pais, menos fácil será para ele confiar agora no terapeuta, e mais facilmente perceberá, interpretará e receberá negativamente tudo o que o terapeuta fizer e disser. Além disso, quanto menos confiar no terapeuta, menos lhe contará e mais difícil será para ambas as partes explorar os eventos dolorosos, assustadores ou misteriosos que possam ter ocorrido durante os anos da infância e adolescência do paciente. Finalmente, quanto menos completo e exato for o quadro existente do que aconteceu no passado, mais difícil será para ambas as partes entenderem os sentimentos e o comportamento atuais do paciente, e maior a probabilidade de que persistam suas concepções e interpretações errôneas".*
>
> *BOWLBY, 1990b, p. 138*

Ressaltou esse autor, que um grande número de terapeutas, independente de suas concepções teóricas, realizam essas tarefas tradicionalmente denominadas de fornecimento de apoio, interpretação da transferência e construção ou reconstrução de situações passadas. Contudo, destacou os importantes pontos enfatizados na presente proposta que a diferencia das demais. Entre esses:

- Atribuição ao terapeuta de promover uma base segura, a partir da qual o cliente possa explorar, avaliar e tomar decisões;

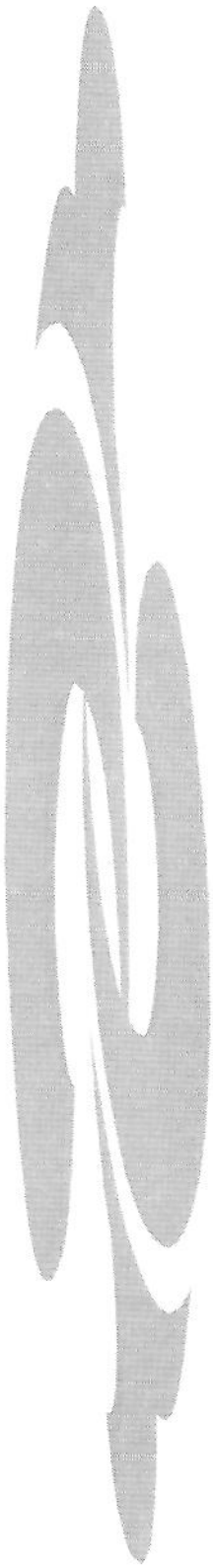
- Rejeição de interpretações que postulam fantasias primitivas ou não, optando pelas experiências da vida real do paciente;

- Chamar atenção de forma detalhada de como os pais do cliente possam ter realmente comportado-se em relação a ele durante o ciclo de vida e de como o cliente costuma reagir a isso;

- Observar como o cliente interpreta as separações, em relação ao terapeuta, e como reage a estas, buscando ajudar o cliente a reconhecer como interpreta e reage as mesmas e finalmente, por examinar junto com o cliente "como e por que" o cliente se desenvolveria desse modo.

> *"Nossa tarefa consiste, sim, em ajudar um paciente a compreender em que medida ele percebe e interpreta erroneamente a conduta daqueles a quem estima ou poderia estimar no presente, e como, em conseqüência, ele trata essas pessoas de uma forma que produz resultados que ele lamenta ou deplora. Nossa tarefa, de fato, consiste em ajudá-lo a reexaminar os modelos reprensatacionais das figuras de ligação e dele mesmo que, sem que se perceba disso, estão governando suas percepções, previsões e ações".*
>
> *BOWLBY, 1990b, p. 139*

A Teoria da Ligação reconheceu a necessidade de todo ser humano ser amado e protegido, enfatizando-a como parte integrante da natureza humana.



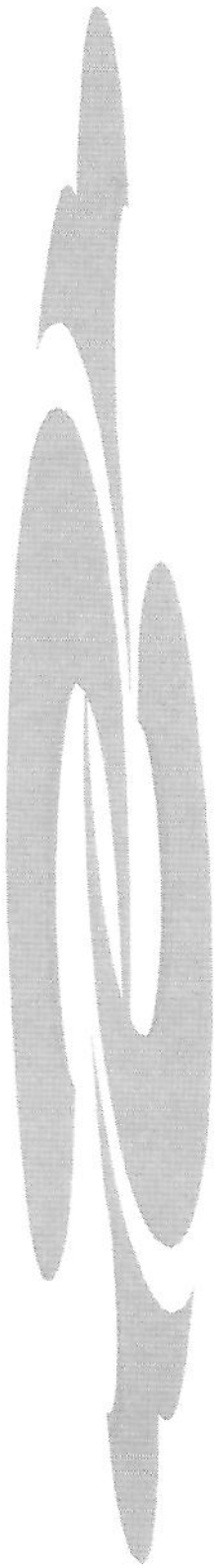
CAPÍTULO 4: OBJETIVOS

4.1. GERAL

Investigar, descrever e avaliar o Comportamento de Apego de um indivíduo que apresenta Transtorno de Pânico com Agorafobia, destacando os vínculos afetivos nas manifestações do pânico, ansiedade de separação e agorafobia.

4.2. ESPECÍFICOS

- Descrever a vivência particular do sujeito em relação às crises de pânico e sintomas agorafóbicos;
- Investigar, descrever e avaliar na história de vida do sujeito que apresenta Transtorno de Pânico com Agorafobia os vínculos estabelecidos com figuras de apego;
- Investigar e avaliar a ocorrência de ansiedade de separação na infância e/ou adolescência do sujeito que apresenta Transtorno de Pânico com Agorafobia;
- Investigar e avaliar a ocorrência de separações e perdas de figuras significativas de vinculação na história de vida do sujeito que apresenta Transtorno de Pânico com Agorafobia ;
- Investigar e avaliar os Padrões de Parentalidade;
- Investigar e avaliar a presença ou ausência de interação familiar facilitadora de saúde emocional.



CAPÍTULO 5: METODOLOGIA

5.1. REFLETINDO SOBRE O MÉTODO, A REVELAÇÃO DO FENÔMENO, AS ABORDAGENS QUALITATIVAS E O ESTUDO DE CASO

O pesquisador, em dado momento de seu trabalho, depara-se com a questão do método. Estas preocupações permeadas por dúvidas surgem, embora muitas vezes camufladas pela atenção exclusiva ao problema de pesquisa, muito antes deste deparar-se frente à necessidade de elaborar um plano de ação que o leve à consecução de seus objetivos. Desse modo, antes de apresentarmos o método utilizado neste estudo, tecemos algumas considerações sobre o método, sua especificidade e a relevância de um trabalho qualitativo.

Segundo FERRARI (1982), a pesquisa científica envolve uma série de condições e operações que se desenvolvem por etapas, subordina categorias ou fatores de natureza científica e extra-científica, cuja sistematização final é conseguida através do planejamento adequado. Planejar é traduzido como encontrar soluções diante dos problemas que emergem na pesquisa. Denota o que deve ser feito, medido ou avaliado, quais as questões que devem ser assinaladas, a maneira de conduzir, enfim, a pesquisa em seus mais variados aspectos.

De acordo com KUDE (1997), o método diz respeito ao tipo de procedimento empregado em uma pesquisa, podendo tanto fazer referências a um trabalho quantitativo como qualitativo. Por metodologia compreende esse autor ao conjunto de procedimentos empregados na realização do estudo.

ARRUDA (1991) refere-se à escolha do método citando LADRIÈRE (1977):

> *"A verdadeira justificação de um método está, afinal, na sua fecundidade. Mas como definir fecundidade? Poderemos dizer que um método é fecundo na medida em que for capaz de nos fazer compreender a realidade que interrogamos".*
>
> LADRIÈRE, 1977, p. 43

Em seu trabalho intitulado "Teoria, Método e Criatividade", MINAYO (1996, p. 16) refere-se à metodologia como incluindo *"as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador"*. A metodologia é então compreendida, enquanto abrangendo as concepções teóricas e enquanto um conjunto de técnicas que deverá dispor de instrumental claro, coerente e elaborado. Destaca, ainda, essa autora, que nada, no entanto, substitui a criatividade do pesquisador.

ARRUDA (1991, p. 6) reavaliando, retrospectivamente, a influência das ciências naturais ou empíricas-formais em um estudo sobre o grupo de vivências clínicas de acompanhamento de mães, em um ambulatório psiquiátrico, destaca que *"até pouco tempo a cientificidade de uma pesquisa dependia fundamentalmente do emprego de um referencial conceitual caracterizado por apoiar-se na observação, na experimentação e na verificação dos fenômenos a fim de explicá-los segundo a lógica positivista, a fim de comprová-los ou rejeitá-los por meio de técnicas estatísticas ou equações matemáticas"*. Ainda descrevendo sua vivência, enquanto pesquisador, destaca esse autor que *"a prática assistencial (...) propiciava-mos* a *compreensão do humano e de nós mesmos muitas vezes não condizentes com os preceitos das ciências da natureza. Íamos sendo levados a questionarmos a negligência para com o inconsciente, com o afetivo, com as relações interpessoais (....)"* (ARRUDA, 1991, p. 6) .

No presente estudo, compreendemos o método de acordo com FERRARI (1982), ou seja, enquanto procedimentos e suas implicações para atingirmos os objetivos estabelecidos. O método científico, compreendido enquanto forma de proceder ao longo do caminho, constitui-se, dessa maneira, um instrumento básico que ordena o pensamento e estabelece a forma de proceder ao longo desse caminho.

Desde o início de nosso trabalho, compreendíamos que todo conhecimento é relativo e aproximado. Sobre o conhecimento e o pesquisador, MINAYO (1996) destaca:

"(...) o labor científico caminha sempre em duas direções: numa, elabora suas teorias, seus métodos, seus princípios e estabelece seus resultados; noutra, inventa, ratifica seu caminho, abandona certas vias e encaminha-se para certas direções privilegiadas. E

ao fazer tal percurso, os investigadores aceitam os critérios da historicidade, da colaboração, sobretudo, atribuem-se da humildade de quem sabe que qualquer conhecimento é aproximado, é construído".

MINAYO, 1996, p. 12-13

Assim, considerando nossa pesquisa inicial, na qual priorizamos o trabalho quantitativo e considerando ainda que, no presente estudo, estávamos interessados em apreender o que havia de particular no fenômeno das manifestações de pânico e agorafóbicas e dos vínculos humanos, nos aproximávamos, desse modo, na elaboração deste trabalho, de uma abordagem qualitativa.

A pesquisa qualitativa investiga *"o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos (...)" (MINAYO, 1996 p. 22).* Nessa modalidade de estudo, diferentemente da pesquisa quantitativa que trabalha com fatos, o trabalho exige a apreensão e revelação do fenômeno.

De acordo com a lógica positivista, fato é compreendido como tudo aquilo que pode se tornar objetivo e rigorosamente estudado enquanto objeto da ciência. Por outro lado, a referência ao fenômeno encontra suporte em diferentes visões a respeito da realidade e do conhecimento, tais como as existenciais e fenomenológicas. O significado de fenômeno está associado à expressão grega *faino-menon* e deriva-se do verbo *fainestai* que quer dizer mostrar-se a si mesmo (MARTINS & BICUDO, 1989). Sobre a origem do termo destacam esses autores:

> *"... fainomenon significa aquilo que se mostra, que se manifesta. Fainestai é uma forma reduzida (...), que significa trazer à luz do dia. Faino provém da raiz Fa, entendida como fos. Que quer dizer luz, aquilo que é brilhante (...), significa aquilo onde algo pode tornar-se manifesto, visível em si mesmo. A expressão fenômeno tem o significado de aquilo que se mostra em si mesmo, o manifesto.*

MARTINS & BICUDO, 1989, p. 21-22

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

Sobre a Fenomenologia ARANHA & MARTINS (1995), destacam que contrapondo-se à filosofia positivista ligada à objetividade e a possibilidade de um conhecimento neutro e despojado de subjetividade, estabelece uma nova relação entre sujeito e objeto, considerando-os como pólos inseparáveis. Sobre seu desenvolvimento e características destacam ainda, esses autores, que surgida no final do século XIX, com Franz Brentano, teve suas idéias desenvolvidas por Edmund Husserl e como outros representantes Heidegger, Max Scheler, Hartmann, Binswanger, De Waelhens, Merleau-Ponty, Jaspers, Sartre, etc. Buscando superar a dicotomia razão-experiência, defende que toda consciência tende para o mundo e é consciência de alguma coisa, ou seja, não há pura consciência separada do mundo. Divergindo de um modelo empirista, defende que não há objeto em si, sendo que este só existe para um sujeito que lhe dá significado. Como filosofia da vivência, a fenomenologia coloca o próprio homem como ponto de partida de sua reflexão e ressalta a descrição efetiva da experiência do ponto de vista daquele que a vivencia. É a Fenomenologia, enquanto filosofia e método, que fornece os conceitos básicos à reflexão existencialista. Destacam esses autores, que Martin Heidegger, em sua obra Ser e Tempo, usando o método fenomenológico apresentou a Teoria do Ser, defendendo que o ser humano não é uma consciência separada do mundo e, portanto, ser é eclodir no mundo. Assim, dotado de uma herança biológica, o homem recebe também a herança cultural que dependerá do tempo e lugar em que nasceu. Nesse sentido, a existência é então a especificidade do ser do homem. Relembram ainda esses autores, que com Jean Paul Sartre foi proposta a filosofia existencial. Nessa o filósofo de "carne e osso" inclui a si mesmo, no pensar, negando a proposta especulativa do filósofo objetivo e distanciado do vivido. Em seu texto "O Existencialismo é um Humanismo" enfatizou a natureza humana do homem, afirmando que o homem primeiro existe, se descobre e surge no mundo. Sendo consciente o homem é um ser-para-si e sendo a consciência auto-reflexiva, pensa sobre si mesma e é capaz de pôr-se "fora" de si.

Na abordagem qualitativa, busca-se a compreensão particular daquilo que se estuda. O foco da atenção do pesquisador dirigi-se ao específico e ao individual, abandonando-se as generalizações, princípios e leis, substituindo-se as correlações estatísticas em favor das descrições individuais. Nesse sentido o alcance das qualidades individuais essenciais do fenômeno estará relacionado à intuitividade e habilidade do

pesquisador. Esse tipo de estudo pode, desse modo, ser concebido como um empreendimento abrangente e multidimensional. Os fenômenos, tais como ansiedade, medo, tristeza. etc., são considerados em suas dimensões pessoais e, assim, a coleta dos dados poderá ocorrer através da comunicação entre sujeitos, abstendo-se do rigor de instrumentos padronizados e validados (MARTINS & BICUDO, 1989).

De acordo com CHIAZZOTTI (1991), trabalhar numa abordagem qualitativa é considerar que existe uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito da investigação. O pesquisador não é um mero relator passivo, mas despojando-se de preconceitos teóricos e pessoais assume uma atitude aberta a todas as manifestações que observa. Desse modo, cria-se uma relação dinâmica entre pesquisador e pesquisado. Os dados não são acontecimentos fixos, isolados, mas ocorrem em um contexto fluente de relações.

MINAYO (1996), citando LÉVI-STRAUSS (1975), destaca que em uma ciência onde o observador é da mesma natureza que o objeto de sua investigação, o pesquisador é também parte de sua observação.

LUDKE & ANDRÉ (1986) referindo-se às abordagens qualitativas descrevem as especificidades da pesquisa qualitativa proposta por BOGDAN & BIKLEN (1982) as quais adotamos neste estudo, como descritas a seguir:

- A Pesquisa qualitativa supõe o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que esta sendo investigada. As circunstâncias particulares, em que determinado objeto se insere, são essenciais para sua compreensão;

- A preocupação com o processo é maior que a preocupação com o produto, ou seja, o interesse do pesquisador ao estudar determinado problema é verificar como este se manifesta nas atividades, procedimentos e interações cotidianas;

- O significado que os indivíduos dão as coisas e às suas vidas são focos de atenção especial pelo investigador, ou seja, busca-se investigar a maneira como o informante encara a questão;

- A análise dos dados não busca evidências que comprovem hipóteses previamente definidas, contudo isto não implica a inexistência de um quadro teórico que oriente a coleta de dados e que dêem vida às discussões e conclusões;

- Os dados coletados são predominantemente descritivos, incluindo a transcrição dos relatos, depoimentos, etc. Desse modo, todos os dados da realidade são considerados importantes.

Portanto, neste estudo, descrevemos as experiências e vivências tanto do sujeito investigado como também dos pesquisadores, buscando a compreensão e discussão dos dados à luz da Teoria do Apego.

Vale destacar que entre os diversos tipos de pesquisa apresentada por ALMEIDA (1996), encontramos referência à pesquisa descritiva, característica nas áreas das ciências sociais e psicológicas e nas abordagens qualitativas. Segundo esse autor a pesquisa descritiva objetiva a observação, o registro, a análise e a ordenação dos dados, utilizando para a coleta dos dados técnicas específicas tais como entrevistas, questionários, observação. etc. Para RUDIO (1990), este tipo de pesquisa busca conhecer e interpretar a realidade, destacando que descrever, portanto, é narrar acontecimentos e interpretá-los.

Como as abordagens qualitativas não estão baseadas em critérios numéricos para assegurar sua representatividade podemos nos perguntar *"quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado?* MINAYO (1992), apud [MINAYO (1996 p. 43.)]. Para esta questão, o tamanho da amostra indicada será aquela que consiga abranger a totalidade e as múltiplas dimensões do problema a ser investigado. Nesta perspectiva, o Estudo de Caso poderá ser eleito para retratar uma dada realidade, como também revelar a multiplicidade de aspectos de uma dada situação.

Sobre essa questão, RUDIO (1990) enfatiza que a pesquisa descritiva deseja conhecer a natureza do fenômeno, sua composição, natureza e processos que o constituem e nele se realizam, ressaltando que o estudo de caso objetiva realizar uma indagação profunda para se examinar o ciclo de vida ou algum aspecto particular desta.

O estudo de caso único poderá ser comparado a uma obra de arte a qual merece ser estudada e investigada exaustivamente .Sobre a avaliação da produção artística, destaca MECLER *et al.* (1996) que o valor de uma obra de arte reside no seu significado e, para tanto, o avaliador deve estudá-la considerando o contexto histórico e cultural em que foi produzida, a vida do artista e os meios técnicos de sua realização.

LUDKE & ANDRÉ (1986) enfatizam que, no estudo de caso para uma apreensão mais completa do objeto, deve-se levar em consideração o contexto em que ele se situa, buscando-se retratar a realidade de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa dada situação, focalizando-a como um todo. Assim, buscando retratar a realidade de forma completa e profunda o pesquisador poderá recorrer a uma variedade de dados, coletados em diferentes momentos e por diferentes fontes. Na realização desses estudos, o referencial teórico do pesquisador servirá de estrutura básica a partir do qual novos aspectos poderão ser detectados.

PEREIRA (1995), discutindo os métodos empregados em Epidemiologia, destaca o estudo de caso como uma das estratégias dos profissionais de saúde para a investigação de um tema. Nesse sentido, o estudo de caso é utilizado para enfocar grupos específicos da população ou um particular aspecto, buscando-se maior riqueza de informações. Como um verdadeiro inventário, à luz da observação de poucos indivíduos, esse modo de proceder realça o trabalho intensivo de cada caso, podendo-se trabalhar tanto com os aspectos quantitativos ou qualitativos dos mesmos. Por outro lado, CONTANDRIOPOULOS *et al.* (1994) inserem o estudo de caso único em uma abordagem sistêmica e holística, na qual o potencial explicativo advém da profundidade da análise do caso.

Nesse sentido, elegemos para esta pesquisa o estudo de caso único, buscando dar significado particular ao relato do sujeito. São cores, movimentos, eventos, vínculos, crenças, expressões única do sujeito e de sua história que buscamos apreender e revelar.

Podemos assim afirmar, que norteados por um trabalho quantitativo anterior, marcados pela leitura de diferentes correntes teóricas e modos de proceder em pesquisa, permitimos nos abster ou, apenas, nos distanciarmos do trabalho quantitativo, aproximando-nos desse modo na construção e elaboração do presente estudo de uma abordagem qualitativa.

Assim, ao longo do trabalho buscamos compreender o paciente como um todo e destacamos em seu relato as características dos vínculos passados e presentes como também, avaliamos aqueles estabelecidos com os pesquisadores. Nessa tarefa consideramos como eram abordados os temas propostos, postura de voz, expressão corporal, etc.

Também fomos levados a refletir sobre os vínculos que estabelecíamos enquanto pesquisador, educador, psicoterapeuta, aprendiz, etc.; sobre a qualidade desses e o valor que assumem na vida e na história de cada indivíduo.

5.2. CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO CLÍNICO

Ao elegermos o estudo de caso para a realização do presente trabalho, recorremos ao método clínico como subsídio de nossa abordagem.

JEAMMET *et al.* (1989) ressaltam que sob o título de método clínico, título um tanto geral, agregam-se correntes diversas, as quais apresentam em comum os seguintes pressupostos: buscam mais compreender a conduta do indivíduo, revelando-lhes o sentido, do que estabelecer leis gerais; consideram o indivíduo em sua totalidade, englobando a história passada, o presente, unindo então pontos de vistas sincrônicos, ou seja, o conjunto de elementos da situação atual e suas inter-relações e diacrônicos, referente à sucessão de acontecimentos no tempo. Descrevem esses autores a proposta do método clínico como a de *"visualizar a conduta na sua perspectiva própria, salientar tão fielmente quanto possível os modos de ser e de reagir de um ser humano concreto e completo, em luta com uma situação, procurar estabelecer-lhe o sentido, a estrutura e a gênese, descobrir os conflitos que o motivam e os caminhos que tendem a resolver tais conflitos"* (JEAMMET *et al.* 1989, p. 43, 44).

Por método clínico TRINCA (1984) denomina o método no qual é utilizado um conjunto de recursos estabelecidos sobre bases teóricas e práticas na busca de objetivos diagnósticos e na produção do conhecimento científico.

Sobre esse método, FERRARI (1982) enfatiza a existência de diferentes modos de procedimentos e que esses variam de acordo com o objeto do conhecimento. Como características específicas desse método, destaca ainda, esse autor, a relação íntima e pessoal entre o investigador e o sujeito, e, como técnicas relacionadas ao método, destaca a entrevista, a história de vida, o psicodiagnóstico, entre outras.

A respeito do método clínico, BLEGER (1989_a) enfatiza que o mesmo caracteriza-se por uma detalhada, cuidadosa e completa observação realizada sob um enquadramento rigoroso. Esse autor, abordando a Psicologia Institucional e o método do trabalho institucional, considera o modelo de enquadramento psicanalítico, ressaltando que neste, além do registro cuidadoso e completo dos acontecimentos, deve-se proceder à indagação operativa. Essa indagação é sistematizada nos seguintes procedimentos abaixo descritos:

- Observação dos acontecimentos e seus detalhes, assim como, uma investigação da continuidade ou sucessão em que estes ocorrem;
- Compreensão do significado dos acontecimentos e de suas relações;
- Inclusão dos resultados sob a forma de interpretação, assinalamento ou reflexão;
- Consideração do passo anterior como uma hipótese, que ao ser emitida, tal como no passo inicial, leva a uma verificação, ratificação, correção, enriquecimento de hipóteses ou a novas hipóteses, havendo desse modo uma interação permanente entre observação, compreensão e ação.

Ainda referindo-se ao método de trabalho do profissional de saúde mental, nas instituições e aos procedimentos da indagação operativa, BLEGER (1989_a) enfatiza que esta última não apenas esclarece e corrige situações, mas também possibilita que os implicados aprendam a observar e refletir sobre os acontecimentos e encontrem seus sentidos e efeitos. Neste processo contínuo *"a investigação modifica o investigador e o objeto de estudo (...). Com isso dá-se uma praxis na qual o investigar é, ao mesmo tempo operar e, o agir se torna uma experiência enriquecedora e enriquecida com a reflexão e a compreensão "* (BLEGER, 1989_a, p. 47).

Ainda sobre o método clínico, BABIER (1985) descreve-o como o método que inclui todo procedimento de observação direta e detalhada, usado em entrevistas ou em situações experimentais definidas. A respeito do referido método, destaca que este *"serve-se de uma abordagem qualitativa, monográfica, e é aplicado de preferência no próprio terreno de investigação. A intenção é de explorar o comportamento e as representações de um sujeito ou de um grupo de sujeitos diante de uma situação concreta, colocando-se alternadamente na perspectiva de observador e na de sujeitos-atores de sua vivência"* (BABIER,1985, p 46).

Na realização do presente estudo, levamos em consideração a posição fenomenológica sustentada por ROGERS (1951) apud [PERVIN (1978)]. De acordo com a posição defendida por esse autor *"o indivíduo percebe o mundo de uma maneira singular e estas percepções constituem seu campo fenomênico. O indivíduo reage ao ambiente em consonância com a maneira como o percebe e este ambiente pode coincidir ou não com a definição de ambiente dada pelo experimentador. O campo fenomênico do indivíduo abrange tanto percepções conscientes quanto inconscientes, simbólicas e não simbólicas. (...). Embora o campo fenomênico seja essencialmente um mundo privado, podemos (principalmente através do material clínico) tentar perceber o mundo tal como ele é percebido pelo indivíduo, tentar entender seu comportamento através de seus olhos e com o significado psicológico que tem para ele"* ROGER (1951) apud [PERVIN (1978, p. 248)]. Ainda, referindo-se à abordagem centrada no cliente de Carl Rogers, PERVIN (1978) destaca que o campo fenomênico do indivíduo refere-se ao sistema total de percepções e significados. Nesse sentido, no conhecimento interpessoal ou conhecimento fenomenológico, o investigador lança mão de suas habilidades empáticas para compreender o campo fenomênico do sujeito.

Assim, baseado em um referencial teórico fenomenológico-existencial-humanístico, consideramos que o mundo vivencial do indivíduo poderá ser compreendido por meio da descrição direta que o próprio indivíduo realiza de sua situação única.

D'ANDREA (1987, p. 1-2) enfatiza que a lógica existencial pede uma abordagem de vivência. Vivência é compreendida enquanto processo, ou seja, o processo pelo qual um indivíduo *"se sensibiliza, reage, amolda-se, experimenta, em relação ao meio onde se desenvolve"*. Ao referir-se à relação terapeuta-cliente, destaca determinadas características de uma abordagem vivencial, as quais relacionamos ao nosso modo de pensar e proceder ao longo deste trabalho, como descritas abaixo:

- Compreende-se que a vida de um indivíduo envolve uma complexidade de fenômenos que se manifestam de diferentes maneiras;
- O homem é concebido como um todo, não fragmentado;
- A individualidade de cada paciente ultrapassa as generalizações;
- Considera-se a influência das interações pessoais na formação da personalidade, no seu desenvolvimento, bem como nos resultados e conseqüências das ações sociais e das atividades de contato humano;
- Investiga-se como o paciente constrói seus contatos com os demais;
- Compreende-se que a vivência é uma forma de pesquisar, utilizando como instrumento o "si próprio", os diferentes significados do estar no mundo, só e com os outros, recebendo estímulos internos e externos, sendo respostas do passado e do presente e perguntando para o futuro;
- O encontro investigador-sujeito é uma interação que pressupõe uma autêntica empatia;
- O investigador é um espectador participante da realidade do outro e de sua própria realidade;

RIBEIRO (1988) referindo-se à abordagem existencial-fenomenológica, destaca que, nesse enfoque, o modo pelo qual a relação entre terapeuta-cliente desenvolve-se revela o caminho para a compreensão do fenômeno. Desse modo, o processo, no qual normalmente o cliente segue na condução de seus temas, revela o modo de experenciar a realidade, ou seja, *"o cliente assume posturas diferentes para falar de assuntos diferentes(....). Essa diferença, na apresentação de seus temas mostra a relação do fora-dentro, ou seja, o modo como experencia a realidade "* (RIBEIRO, 1988, *p. 72).*

A respeito do trabalho clínico, vale destacar, ainda, as reflexões e idéias de LANE (1987), as quais compartilhamos, a qual enfatizando a pesquisa-ação, enquanto praxis, ressaltou a impossibilidade de gerarmos um conhecimento neutro, assim como, da impossibilidade de apreensão do conhecimento do outro que não interfira em nossa existência. Neste sentido, pesquisador e pesquisado são definidos por *"relações sociais que tanto podem ser reprodutoras como podem ser transformadoras das condições sociais onde ambos se inserem; desta forma, conscientes ou não, sempre a pesquisa implica intervenção, ação de uns sobre os outros. A pesquisa em si é uma prática social onde pesquisador e pesquisado se apresentam enquanto subjetividade que se materializam nas relações desenvolvidas (...)"* (LANE,1987, p. 18).

5.3. DEFININDO OPERACIONALMENTE O VÍNCULO

Revendo caminhos, repensando nosso cotidiano e campo de atuação, conscientes de nossas limitações e ansiedades na produção de um conhecimento científico nos moldes das ciências naturais, eram foco de nossa atenção os pressupostos teóricos psicanalíticos a respeito dos vínculos humanos (SOUZA,1996$_a$).

Entre os diversos autores investigados, chamava-nos atenção os pressupostos teóricos e metodológicos apresentados por PICHON-RIVIERE (2000) a respeito dos vínculos humanos. De acordo com a Teoria do Vínculo, são destacados, os seguintes aspectos, como descritos a seguir:

- O indivíduo é abordado enquanto totalidade integrada por três dimensões: mente, corpo e mundo exterior;
- Predomínio de uma abordagem psicossocial, sociodinâmica e institucional estudando o indivíduo inserido em seu grupo social;
- O indivíduo é considerado como resultante do interjogo estabelecido entre sujeito e objetos internos e externos, em uma predominante relação de interação dialética, a qual se expressa através da conduta;
- O vínculo é compreendido como *"estrutura dinâmica em contínuo movimento, que engloba tanto o sujeito quanto o objeto, tendo esta estrutura características consideradas normais e alterações interpretadas como patológicas. A todo momento o vínculo é estabelecido pela totalidade da pessoa (...). uma Gestalt, em constante processo de evolução.."*. (PICHON-RIVIÈRE, 2000, p. 11) ;
- Enquanto o "objeto" representa a estrutura interna do vínculo, o vínculo *"configura uma estrutura dinâmica em contínuo movimento, que funciona acionada por motivações psicológicas, resultando daí determinada conduta, que tende a se repetir tanto na relação interna como na relação externa com o objeto(...)"*. (PICHON-RIVIÈRE, 2000, p 14);
- O vínculo é expresso em dois campos psicológicos: o interno e o externo. Do vínculo interno se ocupa a Psicanálise, do externo a Psicologia Social;
- É impossível separarmos o aspecto exterior da conduta do aspecto interior da vivência, visto que, *"ambos formam um todo em situação em um dado momento, no aqui-agora de qualquer situação"* (PICHON-RIVIÈRE, 2000 p 16).

Vale destacar que a leitura e compreensão dos vínculos afetivos a partir de um referencial psicanalítico era a forma como até então estávamos acostumados a proceder. Contudo, no que diz respeito à Teoria do Vínculo de PICHON-RIVIERE (2000) destacávamos, sendo foco de nosso interesse e reflexões, a relevância de uma abordagem psicossocial e sóciodinâmica.

Nossas inquietações e reflexões persistiam. Neste contexto, no qual se fazia necessário definirmos a quais vínculos nos remetíamos e, pela necessidade de optarmos por um método de trabalho, nos descobríamos ora enfatizando o referencial teórico psicanalítico, ora o rigor exigido por tal método. Também, atravessados e marcados por uma tradição positivista em ciências, buscávamos definições de unidades de observação e registro que nos indicassem, na totalidade do fenômeno, aquilo que era essencial às vinculações humanas. Desse modo, intuitivamente, aproximávamo-nos de uma teoria que historicamente apresentava-se como uma variante da teoria das relações objetais, baseada na observação do comportamento infantil em situações da vida real e nos estudos etológicos.

Assim, optamos pela Teoria do Apego, como base de nossa investigação sobre os vínculos humanos nas manifestações de pânico e agorafóbicas. Permitimo-nos desse modo, adentrar em um campo rico e promissor de investigação das relações humanas a partir desse referencial. Acreditamos que desse modo contribuíamos à produção do conhecimento, não mais nos satisfazendo apenas com observações e descrições do comportamento rigorosamente registradas e mensuradas, ou com equações etiológicas que assegurassem os pressupostos de diferentes correntes teóricas acerca do psiquismo, ou até mesmo, mais uma vez reafirmando o procedimento metodológico psicanalítico e seus pressupostos teóricos, e com isso reduzindo nossas angústias, mas sim trazendo, para foco de atenção, a vivência do sujeito acerca das crises de pânico e sintomas agorafóbicos e de seu comportamento em relação às figuras de apego.

Já no início de nosso estudo, estávamos consciente de nosso interesse em priorizar as condições e instrumentos que favorecessem a expressão do sujeito e aquelas que privilegiariam a relação pesquisador-pesquisado. Também era de nosso interesse conhecer e compreender as características dos vínculos estabelecidos e mantidos pelo indivíduo que manifestava crises de pânico e sintomas agorafóbicos a partir das descrições do próprio sujeito. Estávamos dispostos a vivenciar e compreender os vínculos estabelecidos pelo sujeito em relação ao pesquisador no aqui e agora desse encontro. Éramos assim levados a pensar nesse encontro com características diferentes daquelas que permeiam a relação médico-paciente ou psicoterapeuta-cliente. Por uma orientação

participante em pesquisa, na qual o investigador observa e participa do cotidiano do sujeito foco da investigação, decidimos que esse encontro não mais ocorreria nas organizações hospitalares e nem nos consultórios, mas no domicílio do próprio sujeito e no dia-a-dia de suas atividades. Também não precisaríamos esperar que este chegasse até nós, mas nos ofereceríamos a ir a seu encontro.

Decidimos que nos lançaríamos a campo a fim de compartilharmos a vivência desse encontro. Nossas indagações, mesmo assim, ainda persistiam. Como investigar os vínculos afetivos na complexidade das manifestações humanas? Como apreendê-lo na infinidade e riqueza de suas manifestações? Para essa tarefa recorremos à Teoria do Apego ou Ligação apresentada por BOWLBY (1989) e elegemos como foco de nossa investigação o Comportamento de Apego. Desse modo, abordaríamos **os vínculo afetivos,** através da investigação do **Comportamento de Ligação ou Apego revelado pelo sujeito em relação a figuras de apego e daqueles observados na relação sujeito-pesquisador.**

Quanto ao **Comportamento de Apego ou de Ligação** este foi definido para este estudo **como toda e qualquer forma de comportamento que tenha como meta alcançar e/ou manter proximidade com algum outro indivíduo claramente identificado e preferido, o qual é usualmente considerado o mais forte e/ou mais sábio.**

Também consideramos para a avaliação os três modelos principais de apego identificados por BOWLBY (1989), juntamente com as condições familiares que os promovem, como apresentados a seguir:

1- MODELOS DE APEGO

a) APEGO SEGURO (AS)

O indivíduo está confiante de que seus pais ou figuras paternas estarão disponíveis oferecendo respostas e ajuda, caso ele se depare com alguma situação adversa e amedrontadora. Essa segurança faz com que ele se sinta corajoso para explorar o mundo.

Esse modelo é promovido por um dos pais ou os dois (ou substitutos) nos primeiros anos de vida do bebê.

b) APEGO ANSIOSO RESISTENTE (AAR)

Nesse caso, o indivíduo mostra-se incerto quanto à disponibilidade e à possibilidade de receber respostas ou mesmo ajuda por parte dos pais, caso necessite. Por causa dessa incerteza, ele tende, constantemente, à ansiedade de separação, a ficar "grudado" e a ficar ansioso quanto à exploração do mundo. Esse modelo é promovido por pais que se mostram disponíveis e prestativos em algumas ocasiões e não em outras, é também promovido por separações e, como demonstram as descobertas clínicas, por ameaças de abandono usadas como meio de controle.

C) APEGO ANSIOSO COM EVITAÇÃO (AAE)

Nesse caso, o indivíduo não tem nenhuma confiança de que quando procurar cuidado terá resposta e ajuda, mas ao contrário, espera ser rejeitado. Quando em grau elevado, o indivíduo procura viver sua vida sem amor e sem ajuda de outros, tenta tornar-se, emocionalmente, auto-suficiente.

Esse modelo é resultado de constante rejeição por parte da mãe, sempre que o indivíduo a procurava a fim de obter conforto e proteção. Os casos mais extremos são resultantes de rejeições repetidas.

2- PADRÕES DE PARENTALIDADE PATOGÊNICOS

Para avaliação dos Padrões de Parentalidade Disfuncionais, consideramos os Padrões de Parentalidade Patogênicos, apresentados por BOWLBY (1990_b):

- Ausência persistente de respostas, de um ou ambos os pais, ao comportamento eliciador de cuidados da criança, e/ou depreciação e rejeição marcada;

- Descontinuidade da parentalidade, ocorrendo mais ou menos freqüente, incluindo períodos em hospital ou instituição;

- Ameaças persistentes, por parte dos pais, de não amar a criança, e usadas como um meio para controlá-la;

- Ameaças, por parte dos pais, de abandonar a família, usadas ou como um método de disciplinar a criança, ou como uma forma de coagir o cônjuge;
- Ameaças, por parte de um dos pais, de abandonar ou mesmo matar o outro, ou então de cometer suicídio;
- Indução de culpa à criança, afirmando que o comportamento dela é ou será responsável pela doença, ou morte de um dos pais.
- Quando um dos pais, geralmente a mãe, exerce pressão sobre o filho para que esse atue como figura de ligação para esta.

3- PADRÕES DE INTERAÇÃO FAMILIAR

Consideramos, também, para avaliação de interação do grupo familiar, os Padrões A, B, C e D de Interação Familiar, segundo BOWLBY (1993_b), comumente observados nas famílias de crianças que apresentam recusa escolar, como descritos a seguir:

- PADRÃO A

Nesse padrão, a mãe, ou mais raramente o pai, que sofre de angústia crônica, em relação às figuras de apego, reteve ou ainda retém o paciente em casa, para fazer-lhe companhia.

- PADRÃO B

Nesse tipo, o paciente receia que algum mal atinja a mãe, ou talvez o pai, na ausência dele. Assim, permanece com ela em casa ou, sempre que sai, insiste em que ela o acompanhe.

- PADRÃO C

No Padrão C, o paciente receia que algum mal lhe ocorra fora de casa e, assim, permanece em casa para impedir o mal.

- PADRÃO D

Nesse tipo, um dos pais teme pela segurança do filho e, por isso, o conserva em casa.

5.4. OS PROCEDIMENTOS ESTRATÉGICOS RUMO A COLETA DOS DADOS

Identificado e definido o foco de nossa investigação, questionávamos quais instrumentos de pesquisa usaríamos a fim de alcançarmos os objetivos pretendidos.

Por essa ocasião, iniciávamos no Hospital Universitário Betina Ferro Souza (HUBFS), sob coordenação da autora do presente estudo, o Projeto de Pesquisa "Instituição, Família e Saúde Mental", o qual apresentava como objetivo geral o de investigar a organização hospitalar e o grupo familiar, em suas funções de defesa da vida, e promotores de saúde.

Investigando as características da referida instituição e a dinâmica institucional, estabelecemos, desse modo, os primeiros contatos com os profissionais vinculados ao Ambulatório de Ansiedade e Depressão – (AMBAD), desenvolvido no referido hospital. Desse modo, foi possível conhecermos o trabalho ali desenvolvido, as características da população atendida, como também, apresentarmos os objetivos do presente estudo.

Posteriormente, solicitamos à equipe do AMBAD a indicação de pacientes que preenchiam os critérios diagnóstico do DSM-IV para Transtorno de Pânico com ou sem Agorafobia, a fim de convidá-los a participarem do estudo. Solicitamos que relacionassem os pacientes adultos de ambos os sexos diagnosticados com Transtorno de Pânico com ou sem Agorafobia (não apresentando comorbidade com outros transtornos psiquiátricos) e tivessem constituído família (cônjuge e filhos); residindo esse grupo no mesmo domicílio e na cidade de Belém.

Após a pré-seleção, realizada pela equipe do AMBAD, e posterior encaminhamento ao nosso projeto, priorizamos estabelecer o primeiro contato com aqueles que inicialmente apresentavam maior disponibilidade ou flexibilidade de horário para receber os pesquisadores em seu domicílio. Os primeiros pacientes com os quais fizemos contato, embora tenham mostrado interesse em participar do estudo, alegavam não ser possível receber os pesquisadores em suas residências; outros a inviabilidade de horário e alguns desses não estavam mais residindo na cidade de Belém. Alguns também informaram que estavam separados de seu cônjuge ou que esse tinha abandonado o lar e os filhos.

A partir desses contatos iniciais, elegemos para o estudo um paciente do sexo masculino diagnosticado com Transtorno de Pânico com Agorafobia, o qual mostrou-se interessado em participar e que atendia aos critérios de inclusão por nós estabelecidos para o estudo do caso. Esse, após a primeira visita domiciliar, informou que não poderia participar do trabalho alegando que não dispunha de tempo. Pretendíamos, por essa ocasião, incluir, em nossa amostra, um paciente do sexo masculino e um do sexo feminino. Contudo, os demais pacientes do sexo masculino com os quais entramos em contato e realizamos o convite para participar do estudo, ou não atendiam os critérios exigidos de nossa amostra, ou mostravam-se relutantes em iniciar o trabalho alegando indisponibilidade de horário para receber o pesquisador em sua casa. Um desses apresentava alcoolismo severo e crônico, outro não mantinha mais contato com seu grupo familiar atual e não permitiria a inclusão desses no estudo. Outro havia separado-se recentemente de sua esposa e recusou a inclusão dela e do filho na pesquisa. Um outro apresentava, também, Fobia Social e um outro, que, devido a dificuldade de acesso ao seu domicílio e por só dispor do horário noturno para receber os pesquisadores, foi excluído do trabalho.

A partir desses contatos, elegemos, para este estudo, uma paciente do sexo feminino, diagnosticada como apresentando Transtorno de Pânico com Agorafobia, visto que, esta ao primeiro contato, mostrou-se bastante interessada em receber a visita do pesquisador, em seu domicílio, e a participar do estudo, estando seus horários compatíveis com o do pesquisador, por ter constituído família, não mais está sendo atendida no referido ambulatório e, por não apresentar, por ocasião do diagnóstico inicial, comorbidade com outros transtornos psiquiátricos.

Paralelamente à seleção do caso, elaborávamos um roteiro de entrevista que atendesse os objetivos do estudo. Quanto a realização das entrevistas, não determinamos o número de encontros, pois pretendíamos seguir o ritmo estabelecido pelo entrevistado.

Também por esta ocasião, já havíamos estabelecido algumas das características específicas do estudo, como descritas a seguir:

1- As entrevistas seriam realizadas no domicílio do sujeito, desde que apresentassem as condições necessárias para a realização das mesmas. Entre essas características, destacamos: a necessidade de um ambiente que garantisse a privacidade dos relatos, mas que também nos revelasse o cotidiano do sujeito;

2- As entrevistas seriam gravadas com prévia autorização do sujeito. Esse deveria assinar o Consentimento Pós-Informação (Anexo 1) ;

3- Poderíamos, com o consentimento do sujeito e dos demais membros de seu grupo familiar, incluir esses últimos no estudo;

4- Na realização das entrevistas, participariam dois pesquisadores: o pesquisador-2, responsável pela condução da entrevista e o pesquisador/observador-3, o qual registraria as ocorrências, interrupções, expressão corporal do sujeito, etc.;

5- Após cada entrevista, seria realizada a supervisão do caso, por um terceiro pesquisador (P1), neste caso, a autora do referido estudo, e o estudo em grupo com os estagiários do projeto.

6- A necessidade de inclusão de um avaliador externo (Pesquisador 4) , a fim de compararmos as avaliações, acerca do diagnóstico psiquiátrico, Modelo de Apego e interação familiar,

7- Após o encerramento do trabalho, os resultados e análise dos dados obtidos seriam apresentados ao sujeito, o que ficou denominado de entrevista devolutiva.

5.5. A COLETA DOS DADOS

5.5.1. Sujeito

Participou deste estudo uma paciente diagnosticada com Transtorno de Pânico com Agorafobia, segundo os critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), atendida no Ambulatório de Ansiedade e Depressão - AMBAD do Hospital Universitário Betina Ferro Souza - (HUBFS) da Universidade Federal do Pará-(UFPa).

5.5.2. Ambiente

As entrevistas foram realizadas, no domicílio da paciente, mais precisamente na sala de estar, no período da manhã. O ambiente revelou-se favorável à coleta dos dados, visto que possibilitou a observação do cotidiano do sujeito.

As entrevistas foram realizadas pelo Pesquisador dois (P2), tendo durante as mesmas a participação de um observador, denominado de Pesquisador três (P3). O pesquisador um (P1) participou de uma entrevista.

5.5.3. Instrumentos

Buscando alcançar os objetivos propostos, foram utilizados os seguintes instrumentos:

1- FICHA DE IDENTIFICAÇÃO;

2- ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA: Dados Clínicos

3- ANAMNESE PADRONIZADA PARA TRANSTONOS ANSIOSOS (DPMP/UNICAMP Adaptada);

4- ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA: Aspectos Descritivos da História de Vida:

4.1- Primeira Infância (0 a 3 anos)

4.2- Modalidades de Apego

4.3- Infância Intermediária (3 a 11 anos)

4.4- Ansiedade de Separação

4.5- Final da Infância e Adolescência

4.6- Vida Adulta

5- ENTREVISTA NÃO-ESTRUTURADA: RELATO LIVRE DA HISTÓRIA DE VIDA;

6- DESENHO DA CASA, ÁRVORE E PESSOA;

7- DESENHO DA FAMÍLIA;

8- DESENHO ESPONTÂNEO-LIVRE;

9-TESTE DAS FÁBULAS;

10- ENTREVISTA FAMILIAR ESTRUTURADA (EFE)

5.5.3.1. Sobre os instrumentos

1- FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

A Ficha de Identificação (Anexo 1) foi construída objetivando investigar o encaminhamento, ou seja, a indicação aos nossos serviços, os dados sócio-demográficos, relativos ao sujeito, além de averiguar inicialmente as características gerais de seu grupo familiar de origem (pais e irmãos) e família atual ou nuclear (esposo e filhos). A respeito desses dados destacamos:

1- Quanto à demanda: buscávamos investigar como o sujeito obteve conhecimento de nossos serviços, tanto em relação ao AMBAD como ao Projeto de Pesquisa "Instituição, Família e Saúde Mental";

2- Informações sobre o sujeito quanto aos dados sócio demográficos: nessa foram incluídas o nome, sexo, idade, escolaridade, profissão e ocupação, estado civil atual e anterior;

3- Informações gerais sobre o grupo familiar de origem e nuclear: nessas foram incluídas as informações gerais sobre os pais e irmãos e sobre esposo(a) e filhos, tais como idade, profissão, estado civil atual, com quem reside atualmente, entre outras. Definimos por família de origem, aquela constituída por pais e irmãos do sujeito, e de nuclear ou atual, a constituída por esposo(a) e filhos.

4- Outras informações sobre o sujeito: nessas incluímos valor da renda individual e familiar, fonte de renda individual e familiar, tipo de residência (própria alugada, financiada ou invasão[1]), tipo de moradia (apartamento, casa de madeira ou alvenaria) e número e especificação de cômodos.

2 - ENTREVISTA SEMI- ESTRUTURADA: Dados Clínicos

A entrevista semi-estruturada, a respeito dos dados clínicos (Anexo 2), objetivou investigar a queixa principal, a história da doença atual e a ocorrência dos sintomas, em fases iniciais do desenvolvimento, os antecedentes familiares para diferentes doenças e o estado atual do sujeito. Na construção deste instrumento foi levado em consideração o modelo de Anamnese Psiquiátrica Semi-dirigida adotado pelo AMBAD.

Foram incluídas, na elaboração do roteiro de entrevista, perguntas favorecedoras do relato quanto à vivência pessoal do sujeito sobre o tema em questão e sobre seu estado atual. Nessa, destacamos, como por exemplo, indagações do tipo: Como? Onde? Quando?

[1] Invasão: casa construída em terreno pertencente a outro e sem autorização deste.

3- ANAMNESE PADRONIZADA PARA TRANSTORNOS ANSIOSOS (DPMP/UNICAMP Adaptada)

A Anamnese Padronizada para Transtorno de Pânico, Agorafobia e Fobia Social, do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da UNICAMP, é uma entrevista dirigida, baseada nos critérios diagnósticos do DSM-IV (SOUZA, 1996_a) (Anexo 3). A mesma foi utilizada para avaliarmos a presença de outros Transtornos Ansiosos e para avaliarmos suas manifestações atuais, intensidade, freqüência, tipo de tratamento realizado, etc.

Em relação ao Transtorno de Pânico, incluímos questões semi-dirigidas, na qual buscávamos uma descrição qualitativa do fenômeno, contendo a descrição do primeiro ataque, fatores precipitantes, fatores de proteção, etc.

4 - ENTREVISTA SEMI- ESTRUTURADA: Aspectos Descritivos da História de Vida

Para o levantamento dos dados, relacionados aos aspectos descritivos da história de vida, foi elaborada uma entrevista semi-estruturada (Anexo 4) utilizando-se como modelo o Roteiro de Entrevista de História de Vida do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da UNICAMP e a Anamnese Semi-Dirigida utilizada no AMBAD. Foram inseridas questões referentes às figuras de vinculação significativas, aos padrões de parentalidade, modalidades de apego, ansiedade de separação, temperamento e emoções, características do grupo familiar e dos pais, fobias, vida conjugal e familiar, entre outras.

Optamos pela entrevista semi-estruturada pois interessávamos por áreas específicas de investigação, tais como, as características vínculos estabelecidos ao longo da vida, a presença de sintomas ansiosos ou depressivos em fase iniciais do desenvolvimento, a ocorrência de separações e perdas, etc. Portanto, neste instrumento destacamos os períodos do desenvolvimento específicos a serem investigados, as condições da infância e adolescência, as características pessoais e questões referente à ansiedade de separação, como descritos a seguir:

4.1. Primeira Infância (o a 3 anos)

4.2. Modalidades de Apego

4.3. Infância Intermediária (3 a 11 anos)

4.4. Ansiedade de Separação

4.5. Final da Infância e Adolescência

4.6. Vida Adulta

As questões referentes à ansiedade de separação foram elaboradas com base nos critérios diagnósticos para Transtorno de Ansiedade de Separação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - (DSM-IV). Estas encontram-se divididas em duas partes a saber: a primeira denominada Separação de Figuras Significativas é composta de 6 questões e tem como objetivo investigar o comportamento relativo à infância e adolescência do sujeito frente às separações de figuras importantes. A segunda parte é composta de 9 questões referindo-se a questões específicas sobre o Transtorno de Ansiedade de Separação.

Para a avaliação das condições da infância e adolescência e das características pessoais, foram apresentadas ao sujeito, aquelas relacionadas aos diferentes modelos de apego apresentados por BOWLBY (1989, 1990_b), as quais eram identificadas pelo sujeito como presentes ou ausentes. Era solicitado que o mesmo descrevesse tais condições, experiências e vivências, independente da resposta afirmativa ou negativa. Para a avaliação do Comportamento de Apego, Modelo de Apego e dos Padrões de Parentalidade e de interação familiar, foram incluídos, além deste, os demais instrumentos utilizados nesse estudo.

Na elaboração gráfica multigeracional, utilizamos a proposta apresentada por CERVENY (1994).

5 - ENTREVISTA NÃO ESTRUTURADA: RELATO LIVRE DA HISTÓRIA DE VIDA

Buscamos, com este tipo de instrumento, que o sujeito relatasse o que lhe era mais emergente e aquilo que julgasse importante ao longo do seu desenvolvimento, como também do momento presente (Anexo 5).

6- DESENHO DA CASA, ÁRVORE E PESSOA , DESENHO DA FAMÍLIA E DESENHO ESPONTÂNEO-LIVRE

O Teste da Casa-Árvore-Pessoa foi desenvolvido por John N. Buck e divulgado no ano de 1948 com um sistema de escore quantitativo e de avaliação qualitativa dos desenhos. Usualmente conhecido por HTP (House-tree-Person), envolve uma técnica gráfica e verbal, visto que, é solicitado ao sujeito que fale sobre cada desenho. Como técnica projetiva, baseou-se, originalmente, na pressuposição de que cada desenho é uma representação do auto-retrato. É comumente utilizado para avaliação da personalidade. (CUNHA,1993).

HAMMER (1991) destaca que o desenho representa uma forma de linguagem simbólica na qual são expressas emoções, sentimentos, idéias, etc. Neste sentido, o desenho pode ser considerado como a expressão do modo como o sujeito percebe e compreende o mundo.

Nesse estudo foram inseridas técnicas gráficas buscando a expressão do sujeito, através da representação simbólica. (Anexo 6). Na aplicação desses, seguimos o roteiro sugerido por CAMPOS (1987).

7-TESTE DAS FÁBULAS

O Teste das Fábulas, de acordo com a versão apresentada por CUNHA & NUNES (1993), é utilizado em sua forma individual para investigar crises situacionais e de desenvolvimento, conflito neurótico, entres outros.

A forma verbal é composta de dez pequenas historietas incompletas, que o sujeito deverá completar (Anexo 7). São estas:

F1- FÁBULA DO PASSARINHO

A fábula um, investiga e explora a dimensão da dependência-independência, avaliando a presença ou não do apego.

F2- FÁBULA DO ANIVERSÁRIO DE CASAMENTO

Busca investigar as percepções e fantasias, a respeito da relação afetiva-sexual dos pais.

F3- FÁBULA DO CORDEIRINHO

Criada para explorar a presença de rivalidade fraterna, mobilizando o tema da rejeiçao materna.

F4- FÁBULA DO ENTERRO

Estimula a expressão de sentimentos hostis, desejos de morte ou a expressão dos sentimentos de culpa e autopunição.

F5- FÁBULA DO MEDO

Possibilita a expressão de ansiedade e autopunição.

F6- FÁBULA DO ELEFANTE

Investiga o complexo de castração. O sujeito é estimulado a falar sobre as alterações que podem ter ocorrido no animal.

F7- FÁBULA DO OBJETO FABRICADO

Investigam-se situações conflituosas, associadas à fase anal, avaliando possessividade e obstinação.

F8- FÁBULA DO PASSEIO COM PAPAI E MAMÃE

Investiga o Complexo de Édipo, apresentando uma situação triangular.

F9- FÁBULA DA NOTÍCIA

Investiga medos e desejos, apresentando uma situação problema, relacionada às fases do desenvolvimento infantil.

F10- FÁBULA DO SONHO MAU

Apresenta uma função apoiadora, oferecendo a oportunidade do manejo da ansiedade desencadeada pelas fábulas anteriores. As fábulas são concluídas com um sentido implícito de que o conflito não passou de um sonho.

Nesse estudo, o Teste das Fábulas, foi utilizado com o objetivo de favorecer a expressão do sujeito, para investigarmos os medos infantis, assim como, no intuito de avaliarmos o comportamento frente às separações e perdas.

8 - ENTREVISTA FAMILIAR ESTRUTURADA (EFE)

A Entrevista Familiar Estruturada-EFE de FÉRES-CARNEIRO (1996) é um método de avaliação das relações familiares. Discrimina uma interação familiar facilitadora de uma dificultadora do desenvolvimento emocional sadio de seus membros (Anexo 8). Nesse estudo, a EFE foi utilizado com o objetivo de avaliarmos a interação familiar (atual).

Enquanto instrumento psicológico de medida e método, para a realização do diagnóstico familiar, foi construído e validado no Brasil, levando-se em conta as características socioculturais da população brasileira (FÉRES-CARNEIRO, 1975).

A EFE é aplicada em conjunto, numa única sessão. Requer a presença de um entrevistador que coordena a sessão, no que se refere à aplicação das tarefas, e de um observador, que só intervém, ativamente, quando abordado por um membro do grupo familiar. Esse anota as comunicações não-verbais e a relação dessas com as verbalizações emitidas. Utiliza-se um gravador para registro do material verbal.

A entrevista consta de seis tarefas dirigida ao grupo familiar. Duas dessas tarefas, as de número 1 e 4, são propostas à família como grupo, enquanto as demais, individualmente. Cada tarefa investiga dimensões específicas da dinâmica conjugal e/ou

grupal, embora, de um modo geral, sejam avaliados os padrões básicos do funcionamento familiar. São avaliados os seguintes aspectos: 1- Comunicação entre os membros; 2- Regras de funcionamento familiar; 3- Papéis desempenhados por seus membros; 4- Liderança; 5- Conflitos; 6- Agressividade; 7- Afeição física; 8- Interação Conjugal; 9- Individualização; 10- Integração; 11- Auto-Estima e 12- Interação familiar facilitadora de saúde emocional (FÉRES-CARNEIRO, 1996).

Nesse sentido, a interação familiar facilitadora de saúde emocional pode ser compreendida como aquela:

> *"(...) em que a comunicação entre os membros da família é congruente, clara, com direcionalidade e carga emocional adequadas; as regras são explícitas, coerentes, flexíveis e democráticas; os papéis familiares são definidos, diferenciados e flexíveis; a liderança está presente, sendo diferenciada e democrática; os conflitos podem ser expressos, sem desvalorização e com busca de solução; a agressividade pode ser manifesta de forma construtiva e sem discriminação em sua direcionalidade; a afeição está presente, sendo aceita pelos membros da família e possuindo carga emocional adequada; a interação conjugal é, ao mesmo tempo, diferenciada e individualizada, sendo capaz de gratificar ambos os membros do casal,; a individualização se faz presente, através da preservação das identidades de cada um, ao mesmo tempo em que a identidade grupal promove integração da família permitindo assim a formação e a explicitação de sentimentos de alta auto-estima em seus membros".* FÉRES-CARNEIRO, 1996 p. 54

Para avaliação do grupo familiar, são definidas, diferentes escalas, que podem variar de 1 a 7, as quais foram qualificadas tendo em vista sua relevância na determinação da saúde emocional do grupo familiar (FÉRES-CARNEIRO,1996).

Abaixo, apresentamos as categorias de avaliação, de acordo com FÉRES-CARNEIRO (1996) utilizadas neste estudo:

1) Comunicação

Para a análise da comunicação entre os membros do grupo, foram focalizados quatro distúrbios da comunicação:

a- Comunicação Incongruente: ocorre, quando, na mensagem, os níveis de relato e de ordem não se reforçam mutuamente, ou seja, um contraria o outro. Observada, também, quando diferentes mensagens, emitidas por um comunicante e relacionadas a determinado tema, contradizem-se mutuamente;

b- Comunicação Confusa: ocorre, quando o emissor utiliza frases incompletas, estilo obscuro, mudanças bruscas de assunto e linguagem pouco explícita. Esse tipo dificulta o entendimento pelo receptor das mensagens a ele transmitidas;

c- Comunicação Sem Direcionalidade Adequada: observada, quando as mensagens do receptor não são dirigidas à(s) pessoa(s) do grupo a quem ele, de fato, quer transmiti-las. Nesse caso: 1- ou as mensagens são dirigidas a um receptor manifesto que não corresponde ao receptor de fato, ou 2- são comunicadas ao grupo de forma impessoal, levando a discursos gerais;

d- Comunicação Sem Carga Emocional Adequada: pode apresentar-se de duas maneiras: 1- as mensagens são transmitidas como se nada fosse importante para o emissor, que controla e contém toda emoção a elas relacionadas, ou seja, sem carga emocional; ou 2- quando o emissor coloca nas mensagens uma carga emocional muito intensa, a qual ofusca o conteúdo das mesmas e impede a compreensão por parte do(s) receptore(s).

A comunicação desqualificada e disfuncional, ou seja, aquela avaliada como dificultadora do desenvolvimento emocional sadio dos membros da família é caracterizada como incongruente, confusa, sem direcionalidade e carga emocional adequadas.

2) Regras

As regras são definidas por FÉRES-CARNEIRO (1996 p.47), segundo as apresentadas por JACKSON & RISKIN (1963), como "*tipos de interação permitidos entre os membros da família, devendo ser compartilhadas por, pelo menos, dois membros* " . Desse modo, as regras familiares são avaliadas do ponte de vista de sua explicitação, coerência, flexibilidade e democracia, como descritas a seguir:

a- **Regras Coerentes:** quando se reforçam, mutuamente, ou seja, uma não contraria a outra;

b- **Regras Flexíveis:** quando passíveis de serem alteradas, modificando as normas que regulam o comportamento do grupo;

c- **Democráticas:** quando compartilhadas pela maioria de seus membros;

Como característica das regras de funcionamento familiar facilitadoras de saúde emocional de seus membros, destacam-se as regras coerentes, flexíveis, explícitas e democráticas.

3) Papéis

Os papéis familiares, ou seja, "*as funções de cada membro a partir de posições que ocupa nos subsistemas conjugal, parental, fraterno e filial* " (FÉRES-CARNEIRO, 1996 p. 48) são avaliados de acordo com sua presença ou ausência e segundo suas possibilidades de definição, adequação e flexibilidade, no sistema familiar, como abaixo descritas:

a) **Papéis Presentes e Definidos:** os papéis estão presentes, quando os subsistemas familiares, ou seja, conjugal, parental, fraterno e filial, apresentam limites claros, dentro do sistema familiar mais amplo. São definidos, quando explícitos, para a família, a função de cada membro em relação a sua posição no grupo familiar;

b) **Papéis Adequados e Flexíveis:** quando o comportamento de cada um de seus membros encontra-se de acordo com aquilo que foi definido como de sua função, e, quando possibilitam aos seus membros assumirem outras funções, quando necessário ao funcionamento familiar.

O grupo familiar favorece o desenvolvimento sadio de seus membros, quando existe a presença, definição, adequação e flexibilidade de papéis e a ausência de estereotipia ou rigidez desses.

4) Liderança

A liderança é definida por FÉRES-CARNEIRO (1996 p. 49), a partir da proposta de GIBB (1951) e CARTWRIGH & ZANDER (1972) como *"fenômeno resultante da interação estabelecida entre os membros de um grupo, em que um dos participantes, o líder, influencia os outros membros mais do que é influenciado por eles, e tem as funções de organizador e orientador da atividade grupal"*. No sistema familiar, o poder dos pais diferencia-se do dos filhos, principalmente quando esses últimos estão iniciando seu desenvolvimento. Contudo, torna-se necessário que a autoridade dos pais possa ser questionada e a liderança possa ser assumida por seus diferentes membros, dependendo do tipo de interação estabelecida. Espera-se, em busca do crescimento emocional dos membros do grupo familiar, que a liderança dos pais esteja presente, de acordo com cada situação, e ocorra de forma democrática e diferenciada. Portanto, na dinâmica das relações familiares, são identificados a presença ou ausência de liderança, a possibilidade de diferenciação, assim como, de suas formas autocrática ou democrática como abaixo especificadas:

a) **Liderança Ausente:** ocorre, quando nenhum dos membros do grupo assume o papel de líder no sentido de organizador e orientador da atividade grupal;

b) **Liderança Fixa:** ocorre, nos casos em que a liderança, independente do momento e da situação de interação grupal, é sempre assumida pelo mesmo membro, sem diferenciação;

c) **Liderança Autocrática:** quando as decisões são tomadas pelo líder de maneira coercitiva;

d) **Liderança Democrática:** neste caso, as decisões refletem o consenso da maioria e cabe ao líder ou aos líderes a implementação de tais decisões.

5) Conflitos

De acordo com FÉRES-CARNEIRO (1996 p.50), os conflitos interpessoais ocorrem, quando *"em determinada situação, as atitudes – sentimentos, desejos, opiniões e/ou ações - de dois ou mais membros da família são divergentes"*. Os conflitos do grupo familiar servem ao desenvolvimento sadio de seus membros, quando podem ser expressos e positivamente valorizados e quando buscam soluções adequadas, não significando que, para tal, estes sejam sempre resolvidos. Em qualquer interação grupal, eles estarão presentes servindo ou não ao crescimento grupal. Nesse sentido, os conflitos podem ser avaliados de acordo com suas possibilidades de expressão, valorização positiva e busca de soluções, como apresentados a seguir:

a) **Conflitos Expressos:** ocorrem quando esses são expressos de modo explícito por seus componentes;

b) **Conflitos Positivamente Valorizados:** nesse caso, diferenças e discordância entre os membros não são avaliadas como ameaça, mas como fonte de crescimento.

c) **Conflitos Com Busca de Soluções:** são identificados, quando os membros do grupo familiar possuem recursos para lidar com os conflitos e buscam estratégias adequadas na tentativa de solucioná-los

6)Manifestação de Agressividade

A manifestação de agressividade é definida como *"a explicitação de sentimentos de raiva e/ou de comportamentos hostis, dirigidos por um membro da família a outros(s)"* (FÉRES-CARNEIRO,1996, p 51). Destaca-se a necessidade de que sentimentos hostis possam ser expressos pelos componentes do grupo familiar. Como características de

grupos que favorecem o crescimento emocional de seus membros, destaca-se a manifestação de sentimentos hostis usados de maneira construtiva e com direcionalidade adequada. A avaliação enfatiza a capacidade de seus membros permitirem ou não as expressões de agressividade, e se esta assume formas destrutivas e sem direcionalidade adequada como descritas a seguir:

a) **Manifestação de Agressividade Ausente:** identificado, quando os membros do grupo não podem expressar sentimentos de raiva e hostis que sentem um pelos outros;

b) **Manifestação de Agressividade Destrutiva:** ocorre, quando sentimentos ou comportamentos agressivos dos membros do grupo impedem o contato entre os mesmos e/ou eliminem a possibilidade de se encontrarem soluções à situação geradora de raiva e hostilidade;

c) **Manifestação de Agressividade Sem Direcionalidade:** observada nos casos em que os membros da família não podem explicitar os sentimemtos agressivos que experimentam uns em relação aos outros, isto é, a agressividade de alguns não poderá ser dirigida a qualquer um de seus membros mas apenas dirigida a membros específicos.

7)Afeição Física

A afeição física é definida por FÉRES CARNEIRO (1996, p. 51) como *"um tipo de comportamento não-verbal, manifestado pelos membros da família, através de contatos físicos carinhosos, para expressar o amor que sentem uns pelos outros"*. Nesse sentido, é avaliada a possibilidade de manifestação de afeição física entre os membros do grupo e investigado em que medida tal manifestação é aceita ou recusada, além de averiguar se possui ou não carga emocional adequada. Nos grupos facilitadores de saúde emocional, as manifestações desse sentimento ocorre e é recebida de forma espontânea por seus membros, principalmente dos pais em relação aos filhos e do casal enquanto marido e mulher. São avaliados, portanto, a presença ou ausência, as manifestações, a recusa e a adequação da carga emocional de afeição física como descritas a seguir:

a)**Afeição Física Ausente:** quando os comportamentos físicos de ternura ou troca de carinho entre os membros estão ausentes;

b) **Afeição Física Recusada:** identificada quando um membro tenta tocar ou acariciar um outro e não é recebido por esse com atitude carinhosa;

d) **Afeição física Sem Carga Emocional Adequada:** observada, quando os contatos físicos ocorrem sem manifestação de ternura.

8) <u>Interação Conjugal</u>

A interação conjugal é definida como *"o processo de trocas relacionais estabelecidas no subsistema conjugal, ou seja, entre o marido e a mulher"* (FÉRES-CARNEIRO, 1996 p. 52). São investigadas, na interação conjugal, a individualização e a diferenciação, como também, observadas as gratificações nas trocas relacionais. A individualização é compreendida *"como a possibilidade de preservação da identidade individual de cada membro"* (FÉRES-CARNEIRO, 1996 p. 53). A interação conjugal favorecedora de saúde emocional é aquela que preserva a individualidade de seus membros e são vivenciadas como fonte de gratificação, como descritas abaixo:

a) **Interação Conjugal Diferenciada:** presente, quando os limites do subsistema conjugal são claros, isto é, quando o casal, enquanto tal, se faz presente no grupo, destacando-se no sistema familiar; .

b) **Interação Conjugal Com Individualização:** ocorre, quando no subsistema conjugal existe individualidade entre os parceiros, ou seja, ambos comportam-se como pessoas distintas, individualizadas, apesar de se constituírem enquanto um casal;

c) **Interação Conjugal Gratificante:** ocorre, quando as trocas relacionais no subsistema conjugal são vivencidas por seus membros como agradáveis e construtivas, encontrando prazeres e gratificações mútuas no fato de constituírem-se como casal.

9) Individualização

A individualização na dinâmica familiar é definida como *"a possibilidade de preservação da identidade individual de cada membro da família"* (FÉRES-CARNEIRO, 1996 p. 53). Cada membro do grupo mantém sua individualidade à medida que se comporta em relação aos demais como alguém separado e único. Desse modo, as diferenças e discordância entre os membros são mantidas e respeitadas, possibilitando que interesses e opiniões divergentes sejam expressas no grupo. Portanto, a presença da individualização na dinâmica familiar, consiste em critérios favorecedores da saúde emocional.

10) Integração

A integração é definida como *"a possibilidade de a família atuar como um todo possuindo uma identidade grupal"* (FÉRES-CARNEIRO, 1996 p. 53). Essa ocorre, quando o membros do grupo comportam-se de forma coesa e são capazes de atuarem em conjunto na busca de objetivos comuns e na solução de suas dificuldades. Sua ocorrência é favorecedora da saúde emocional.

11) Auto-Estima

A auto-estima é definida como *" sentimentos de valor que cada um tem em relação a si mesmo"* (FÉRES-CARNEIRO, 1996 p. 54). Os sentimentos de valor podem ser negativos ou positivos. Os positivos são considerados de alta auto-estima e os negativos de baixa auto-estima. A alta auto-estima é favorecida, quando os pais possuindo sentimentos positivos, em relação a si mesmos, valorizam o crescimento, as novas aquisições e realizações dos filhos. A família favorecedora de saúde emocional estimula a formação e manifestação de sentimentos de valor positivo em seus membros.

12) Interação Familiar Facilitadora de Saúde Emocional

A interação familiar facilitadora de saúde emocional estimula o desenvolvimento emocional de seus membros e, portanto, apresenta as seguintes características:

a) **A comunicação entre os membros é:** congruente, clara e com direcionalidade e carga emocional adequadas;

b) **As regras são:** explícitas, coerentes, flexíveis e democráticas;

c) **Os papéis familiares são:** definidos, diferenciados e flexíveis;

d) **A liderança:** está presente, é diferenciada e democrática;

e) **Os conflitos:** podem ser expressos, sem desvalorização e com busca na solução;

f) **A agressividade:** pode ser expressa de maneira construtiva e sem discriminação em sua direcionalidade;

g) **A interação conjugal:** é ao mesmo tempo diferenciada, individualizada e gratificante;

h) **A individualização:** faz-se presente sendo preservada a identidade de cada membro;

i) **A identidade grupal:** promove a integração do grupo, possibilitando a formação e explicitação de sentimentos e auto-estima em seus membros.

5.5.3.2. Sobre o número de entrevistas, objetivos, instrumentos e período de realização

Buscando descrever o trabalho realizado e as diferentes etapas de sua execução, são apresentados, no quadro abaixo, as fases iniciais de elaboração da coleta dos dados e o posterior desenvolvimento do estudo, assim como, os objetivos específicos de cada etapa e o período de realização.

Quadro 10: Sobre o número de entrevistas, objetivos, instrumentos e período de realização

DATA	ORDEM	OBJETIVOS	INSTRUMENTOS	OBS
-	-	Contato com os profissionais do AMBAD	-	
-	-	Apresntação do projeto no AMBAD	-	-
-	-	Pré-Seleção dos Sujeitos pelos pesquisadores do AMBAD	-	-
-	-	Seleção do Caso pelos Pesquisadores e Estagiários do Projeto "Instituição, Família e Saúde Mental"	-	-
-	-	Convite ao sujeito para participar do estudo	-	-
12/9/00	01 Encontro	Apresentação dos Pesquisadores 1 e 2 Contrato Consentimento pós-informação	Ficha de Identificação Ficha de Consentimento Pós Informação	-
19/9/00	02 Encontro	Queixa Principal	Entrevista Psiquiátrica	Fita 01
26/9/00	03 Encontro	Identificação Sintomas de pânico e agorafóbicos. Levantamento dos dados referentes a História Pré-natal e Primeira Infância	Anamnese Padroniza Transtornos Ansiosos Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada	Fita 01, 02
03/10/00	04 Encontro	Levantamento dados relativos a Infância Intermediária (03 a 11 anos) e das características do Comportamento do Apego	Entrevista Semi-Estruturada Modalidade Apego	Fita 01,02
10/10/00	-	-	-	Encontro não ocorreu. S desmarcou a entrevista afirmando "sentir saudades"
11/10/00	05 Encontro	Levantamento dos dados a respeito da Infância Intermediária e sobre as perdas, separações e fobias	Entrevista Semi-Estruturada	Fita 02,03 S informa que levou filhas ao Psicólogo
17/10/00	06 Encontro	Investigação de Ansiedade de Separação Levantamento dos dados sobre AdolescênciA	"	Fita 03,04

DATA	ORDEM	OBJETIVOS	INSTRUMENTOS	OBS
24/10/00	07 Encontro	Investigação Vida Adulta, destacando Vida Conjugal e Família.	"	Fita 04
01/11/00	08 Encontro	"	"	Fita 05
07/11/00	09 Encontro	"	"	Fita 05, 06 5/11/00 S ligou para P2 relatou "sentir saudades" 9/11/00 ligou relatou sentir "dor de cabeça e tonturas"
14/11/00	10 Encontro	Relato Livre História de Vida	-	Fita 06,07
22/11/00	11 Encontro	AplicaçãoTestes Projetivos	Http, Desenho Família, Desenho Livre	Fita 07, 08
29/11/00	12 Encontro	"	"	"
06/12/00	13 Encontro	Aplicação Teste das Fábulas	Teste das Fábulas	Fita 08 S liga para P2 e relata "sentir saudades de P2". S Convida P2 e P3 para Saírem juntos
09/12/00	-	Convite ao Grupo Familiar para realização da EFE; Explicitação dos objetivos	-	-
16/12/00	14 Encontro	Avaliação Dinâmica Familiar	Entrevista Familiar Estruturada-EFE	Fita 08,09
25/01/01	15 Encontro	Entrevista Devolutiva	-	Fita 10

5.6. A ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, recorremos à análise qualitativa do fenômeno situado ou análise fenomenológica, apresentada por MARTINS & BICUDO (1989). De acordo com esses autores, o investigador, segundo a modalidade de análise do fenômeno situado, está interessado no sujeito que vivencia determinado fenômeno e mais precisamente na experiência percebida, de modo consciente, por aquele que a executa. Nessa modalidade, o investigador busca *"reavivar, tematizar e compreender eideticamente os fenômenos da vida cotidiana a medida que são, tais fenômenos, vividos, experienciados e conscientementes percebidos"* (MARTINS & BICUDO, 1989, p. 76)) .

Destacam esses autores que reavivar o fenômeno significa fazer reviver, e, portanto diz respeito ao pensamento, a inteligibilidade. Por outro lado, reavivar o fenômeno é também torná-lo passível da experiência, ou seja, mostrar-se vivo através dos recursos usados pelo pesquisador. Nesse sentido, o objeto olhado pelo pesquisador de maneira inteligível, torna-se um fenômeno para o investigador que assim o vê. O termo tematizar, constituído pela raiz *tema* (assunto, idéia, algo sobre o que dissertar) e pelo sufixo *izar* (prática, ato de submeter a uma ação ou tratamento), refere-se a *"por de forma estabelecida, localizada um assunto ou tópico sobre o qual se vai discursar, dissertar ou falar seriamente"* enquanto compreender é *"ver o modo peculiar, específico, único de o objeto existir"* (MARTINS & BICUDO, 1989, p.76).

O método da análise qualitativa do fenômeno situado envolve quatro momentos ou procedimentos, como descritos a seguir:

1 - <u>O Sentido do Todo</u>

Inicialmente é realizada a leitura do texto buscando-se compreender a linguagem do sujeito. Nesse primeiro momento, evitam-se as interpretações ou tentativas de identificar qualquer atributos ou elementos ali contidos.

O pesquisador poderá reler o texto, quantas vezes julgar necessário, a fim de familiarizar-se com os mesmos e obter um insight sobre o que o sujeito desejava dizer.

2 - Discriminando Unidades de Significado

Procede-se a releitura do texto, buscando-se discriminar as unidades de significado dentro de uma perspectiva psicológica, focalizando o fenômeno que está sendo investigado.

As unidades de significado são *"discriminações espontâneas percebidas nas descrições do sujeito quando o pesquisador assume uma atitude psicológica e a certeza de que o texto é um exemplo do fenômeno pesquisado"* (MARTINS & BICUDO, 1989, p.99).

3 - Expressando o Insight Psicológico das Unidades de Significado

Através do processo de reflexão, por parte do pesquisador, busca-se transformar as expressões cotidianas do sujeito em uma linguagem psicológica, visto que, as descrições ingênuas apresentadas, pelo sujeito expressam de maneira oculta realidades múltiplas, as quais o pesquisador deseja elucidar.

4 - Sintetizando todas as Unidades de Significado

O último procedimento de análise refere-se à síntese de todas as unidades de significado transformada em uma proposição consistente, referente às experiências do sujeito. A estrutura obtida é, então, comunicada a outros pesquisadores, com a finalidade de confirmação, de crítica ou de exposição de interpretação.

5.6.1. Os procedimentos de análise durante e após coleta dos dados

Desse modo, seguindo a proposta de análise do fenômeno situado, após cada entrevista eram realizadas as transcrições da gravação, mantendo-se o cuidado de reproduzir, fielmente, o relato do entrevistado. Também, eram registrados no texto, através de notas, as expressões de riso, choro, tom de voz, ritmo do relato, gestos, etc., assim como, as interrupções ocorridas em decorrência de fatores externos.

Vale destacar, que as transcrições eram realizadas por P2, sendo que após cada entrevista, tanto P2 como P3 realizavam o registro de seus sentimentos, mobilizados por ocasião das entrevistas.

Posteriormente, era realizada pela autora deste estudo (P1)a leitura minuciosa do texto, buscando apreendê-lo em sua totalidade.

Após a leitura inicial, eram fichados pela pesquisadora (P1) todas as descrições do entrevistado, relacionadas ao comportamento de apego e sobre a vivência dos ataques de pânico, sintomas agorafóbicos, outros sintomas, etc..

Após a seleção e identificação, no texto, dos trechos relacionados à vivência do pânico e dos sintomas agorafóbicos, assim como, daqueles relacionados às vinculações, eram realizados por P1 os seguintes procedimentos:

a) identificação das figuras de apego ao longo do desenvolvimento;

b) registro e compreensão das descrições do sujeito, acerca de suas experiências com figuras significativas e o contexto nas quais ocorriam;

c) identificação dos modelos de apego predominante e dos padrões de parentalidade;

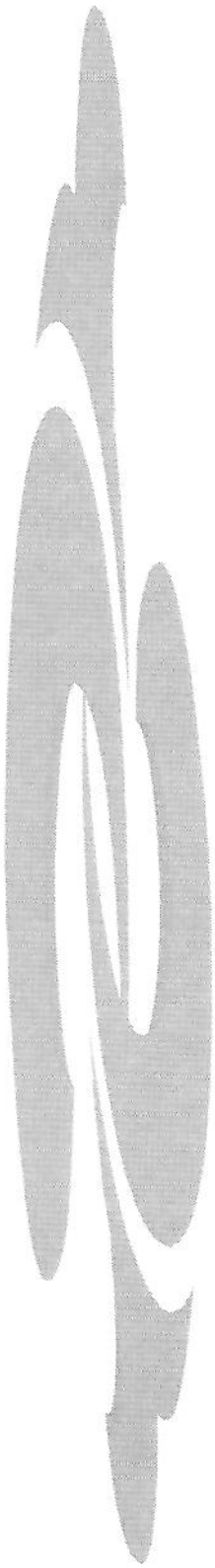
d) avaliação da relação sujeito-pesquisador.

Posteriormente, as transcrições eram apresentadas aos componentes do grupo de estudo vinculados ao Projeto " Instituição, Família e Saúde Mental ", no qual participavam P2 e P3. Nesses grupos, eram discutidos e avaliados o conteúdo do texto, destacadas e avaliadas as expressões referente à vivência dos Ataques de Pânico e sintomas agorafóbicos, o comportamento de apego, identificadas as características da modalidade de apego, os padrões de parentalidade, entre outros. Nessa ocasião também eram supervisionados e orientados P2 e P3, em relação à condução das entrevistas e quanto aos procedimentos para o próximo encontro com sujeito.

Tal procedimento, descrito acima, revelou-se de suma importância, à medida que em tais grupos eram assinalados e reafirmados trechos e avaliações anteriormente identificados pela autora do presente estudo (P1).

Posteriormente, foi realizada a avaliação dos resultados obtidos através do Teste das Fábulas e daqueles obtidos através dos desenhos projetivos. Também foi realizada a análise dos resultados obtidos, através da Entrevista Familiar Estruturada (EFE), destacando-se a dinâmica conjugal e grupal, assim como, a ocorrência de interação familiar facilitadora ou dificultadora de saúde emocional.

Como etapa final da análise dos dados, os mesmos foram apresentados a um avaliador externo, o qual realizou a avaliação desses quanto ao diagnóstico psiquiátrico, características do Comportamento de Apego e Modalidade de Apego e qualidade de interação familiar. Vale destacar que, o avaliador externo durante a avaliação dos dados desconhecia o objetivo geral da presente pesquisa. Os resultados indicados por esse avaliador mostraram-se compatíveis com aqueles por nós obtido no que diz respeito ao diagnóstico psiquiátrico, Modalidade de Apego e Padrão de Interação Familiar.



CAPÍTULO 6: RESULTADOS

6.1. DADOS GERAIS DE IDENTIFICAÇÃO

6.1.1. Sobre o sujeito

B.I.M. é do sexo feminino, brasileira, paraense, 33 anos de idade, casada e reside na cidade de Belém, Estado do Pará. Veste-se de modo esportivo e não costuma usar adornos tais como, brincos, colares e pulseiras. Quanto a seu nível de escolaridade, concluiu o Ensino Fundamental.

Quando questionada sobre sua profissão, referiu "não possuir nenhuma profissão", ocupando-se comumente das atividades do lar. Estagiou como vendedora em uma empresa durante quinze dias. Abandonou o estágio em virtude do "medo intenso de errar no trabalho, de não conseguir fazer o que lhe era solicitado, dos ataques recorrentes de pânico e de sua dificuldade em sair sozinha de casa". Julgava-se "insegura e incapaz para realizar a função", assim como, sentia intenso desconforto ocasionado pelo "medo de ser cobrada ou chamada atenção".

Foi diagnosticada no Ambulatório de Ansiedade e Depressão - (AMBAD) do Hospital Universitário Betina Ferro Souza - (HUBFS) da Universidade Federal do Pará - (UFPa) como apresentando Transtorno de Pânico com Agorafobia.

6.1.2. Onde e com quem reside

Reside em um bairro central da cidade de Belém com o esposo e filhas. A casa onde mora é herança de seu esposo e irmãos. Nessa casa, também reside uma irmã de seu esposo e filho. Nas proximidades vizinhas de sua casa, residem também outros familiares de seu esposo.

A casa foi construída em dois pavimentos, inferior e superior. A parte da frente(sala e quartos) é de alvenaria e a posterior (cozinha e banheiro) é de madeira. Possui água encanada e luz elétrica. Quanto aos cômodos, a mesma possui sala de estar, dois quartos, cozinha e um banheiro interno. A sala de estar e o quarto, localizados no andar térreo, são conjugados, não havendo divisórias entre esses. O outro quarto está localizado

no andar superior da casa. O quarto conjugado, que não possui porta e nem janelas, é usado por B.I.M, esposo e filhas, enquanto o superior é de sua cunhada. A escada que dá acesso ao quarto superior está situada dentro do quarto de B.I.M. A cozinha e o banheiro estão localizados na parte posterior da casa.

B.I.M. informou que ela e seu esposo, após alguns anos de união compraram um terreno, iniciando a construção de uma pequena casa. Com três meses de construção a casa desabou e, desgostosos, resolveram vender o terreno.

Durante a coleta dos dados, B.I.M. informou que seu nome havia sido sorteado para o plano de financiamento da casa própria.

6.1.3. Renda individual e familiar

B.I.M. recebe atualmente uma pensão deixada por seu pai no valor de um salário mínimo.

Quanto à renda familiar a mesma provém de B.I.M. e de seu esposo, no valor de aproximadamente quatro salários mínimos.

6.1.4. Religião

Quanto a sua religião B.I.M. informou que é "católica fervorosa". Destacou em seu relato:

> *"(...) eu tenho assim, como ídolo, é Deus. Que eu dou cartaz, que eu me humilho, que----[1]. Sabe como é?"*

[1] O símbolo ----: indica que a paciente não completou a frase.

6.1.5. Família atual (esposo e filhos)

B.I.M. conheceu X.C.B., seu atual companheiro, aos 20 anos de idade. X.C.B. tem 57 anos de idade, é brasileiro, natural da cidade de Belém. Foi motorista de uma empresa de ônibus, em Belém, durante muitos anos e atualmente já está aposentado. B.I.M., inicialmente, descreveu seu companheiro como uma "pessoa calma, que pouco fala e dificilmente expressa seus sentimentos"; é "compreensivo, respeitador e, na medida do possível, procura satisfazer suas necessidades e de suas filhas". Informou também que seu esposo sofreu um infarto e é hipertenso (Figura 3).

O tempo da relação entre ela e seu companheiro é de aproximadamente 12 anos, sendo os dois primeiros anos especificados por B.I.M. como de namoro e dez de casados. De acordo com B.I.M., somente em setembro de 1997, em uma cerimônia comunitária, foi realizado o casamento no religioso.

O casal tem dois filhos, C.D. e M.P., ambas do sexo feminino, atualmente com as idades de 10 e 5 anos, respectivamente. As duas freqüentam a mesma escola. B.I.M. descreveu suas filhas como "ansiosas, tensas e nervosas", como também, "agressivas e desobedientes". Inicialmente, ao apresentar os dados relativos à identificação de seu grupo familiar descreveu o comportamento de sua filha mais velha que muito lhe preocupava, como apresentado abaixo:

> *"(...). Minha filha, você já tá com dez anos, não era mais para dar trabalho//--//[2]; você tem que ter responsabilidade. Hoje tem prova, como é que você vai faltar? Você não está doente, tem que ir para aula".*

Prosseguiu descrevendo o comportamento de sua filha a sua solicitação: *" Aí, ela se escondeu lá, e as horas passando, passando (...)".*

[2] O símbolo //--//: indica uma pausa breve na fala.

Ainda acerca do comportamento das filhas e de sua relação com as mesmas, acrescentou:

> *"Eu converso com ela. Digo para não sentirem vergonha de falar as coisas para mim. Eu boto elas bem a vontade, entendeu? Já que eu não tive----. A minha filha [Referindo-se a filha mais velha], eu acho ela um pouco insegura. Eu não sei se ela faz para chamar minha atenção. Tudo o que ela faz diz:' mamãe, eu vou fazer tal coisa'. 'Tá minha filha', eu respondo. 'Mamãe, assim----'. No que eu digo: de novo? Minha filha isso é insegurança. Eu digo:' quando você falar alguma coisa, você tem que firmar, e eu vou acreditar no que você tá dizendo. Você não tem que repetir várias vezes para eu acreditar no que você tá dizendo'".*

Prosseguiu seu relato descrevendo o comportamento de sua filha mais velha:

> *"Ela é muito insegura nessa parte. (...) ela é muito repetitiva, quando ela fala comigo eu tenho que prestar atenção. Eu tenho que olhar prá ela. Se eu não olhar ela fica uma fera. Aí eu escuto. Tá eu concordo com você, quando não, eu discordo. Aí tá, depois ela vem de novo: 'Mamãe, a senhora----'. Minha filha! Você não acabou de falar prá mim, eu não concordei ou então discordei? Ela tem um pouco de medo também. Eu não sei te dizer, ainda não sei especificar o medo, mas ela tem".*

Destacou, também, como sentia-se e o que geralmente diz a filha, quando a percebe "ansiosa ou irritada":

> *"(...) quando ela vai fazer uma coisa do colégio aqui em casa, quando ela quer uma coisa que não encontra, ela me põe doida nessa casa. (...) eu converso com ela, filha você tem que me ajudar. Não com trabalhos domésticos, para isso eu não quero. Que você seja mais compreensiva, mais amiga da mamãe, por que aí tu vai me ajudar nesse ponto. (...) eu tô precisando assim, de uma ajuda, entendeu como é? Eu tô precisando* de uma ajuda. Só eu, não *estou dando conta".*

De acordo com seu relato, não há ocorrências de uniões anteriores, filhos de relações anteriores, adoções ou abortos.

Segundo B.I.M sua primeira gravidez não foi planejada, sendo esse um dos motivos principais de sua união com X.C.B.. Informou, também, que era muito imatura ao unir-se com o companheiro, e enfatizou em seu relato como sentiu-se após a união, como apresentado abaixo:

> *"Quando eu vim morar com meu esposo, chorava muito, dizia que não era isso que queria, mas eu não tinha forças para lutar, para trabalhar e me sentia fracassada*. Não *queria casar e nem ter filhos (...)".*

Informou, que há três anos atrás, "seu casamento estava ameaçado a terminar, pois achava-se nova e querendo viver novas experiências". Em seu relato destacou:

> *"Tive vontade de ir embora e só não fiz isso por puro medo de enfrentar a vida. Com duas crianças eu teria que trabalhar, ter uma vida independente. Antes, eu saia para alguns lugares. Com ele tudo acabou, até mesmo pelas nossas condições financeiras".*

Sobre a relação atual, B.I.M. destacou que já consegui superar algumas de suas dificuldades, aprendendo e conformando-se com a maneira de ser de seu esposo.

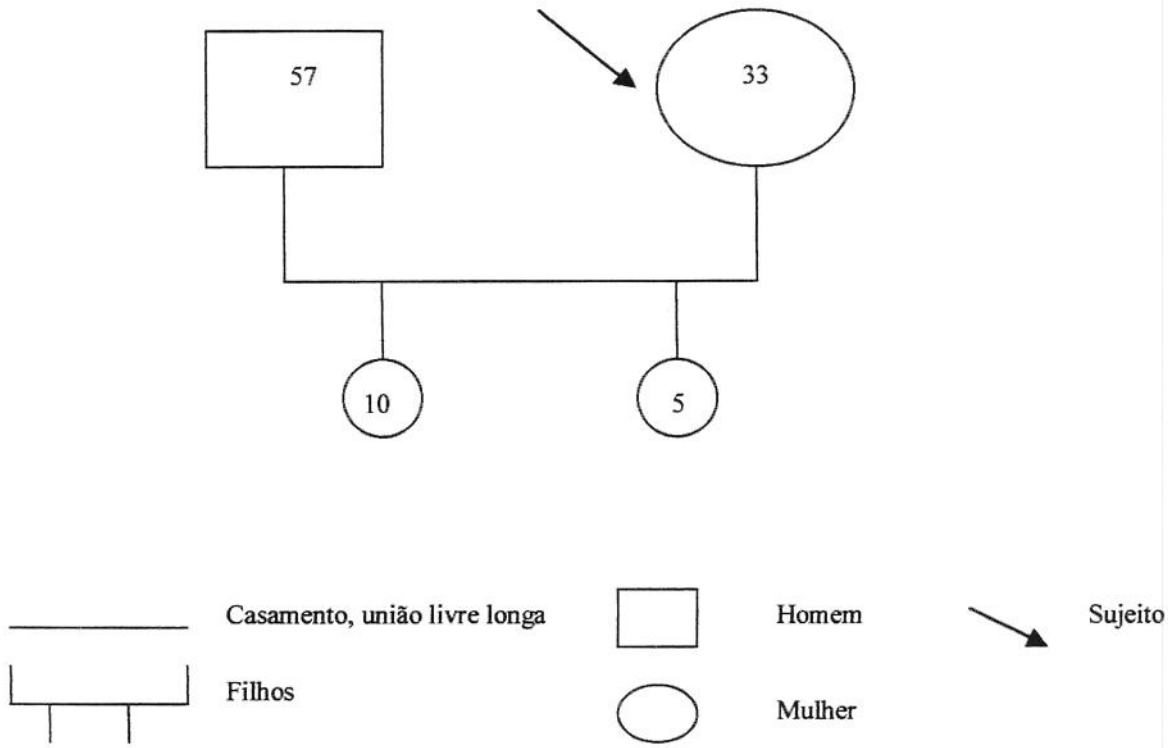


Figura 3: Representação gráfica da família atual (esposo e filhos)

6.1.6. Família de origem (pais e irmãos)

Seu pai era mecânico de automóvel e responsável pela subsistência de seu grupo familiar. Alcoolista crônico, morreu no ano de 1983, aos 64 anos de idade, em decorrência de uma doença pulmonar. Contudo, para B.I.M.: *"Ele morreu mesmo foi de alcoolismo"*.

Sua mãe, atualmente com 65 anos de idade, reside na capital do Estado, com um companheiro e mais dois filhos, oriundos de sua união com o pai de B.I.M. O tempo da relação entre sua mãe e o atual companheiro é de aproximadamente vinte e cinco anos. De acordo com B.I.M., sua mãe, dois anos após a separação de seu pai, foi viver com esse companheiro.

Segundo seu relato, sua mãe, ao casar-se com seu pai, trouxe consigo sua primeira filha, fruto de uma breve união anterior com outro parceiro. Essa sua irmã, por parte de mãe, aos quinze anos de idade engravidou, dando à luz a uma menina. Essa criança, sobrinha de B.I.M., foi registrada e criada como filha por sua avó materna, ou seja, pela mãe de B.I.M. .

De acordo com B.I.M., da união de seus pais nasceram nove filhos, dos quais B.I.M. é a caçula. O primeiro é do sexo masculino, 46 anos, casado, tem quatro filhos, dois do sexo feminino e dois do sexo masculino, os quais B.I.M. não soube informar a idade. O segundo é do sexo masculino, 44 anos, casado, possui um filho do sexo masculino de nove anos de idade. O terceiro era do sexo feminino e faleceu aos 13 anos de idade em decorrência de problemas gastrointestinais. O quarto é do sexo masculino, 42 anos de idade e solteiro. O quinto é do sexo masculino, 41 anos, casado, possui dois filhos, sendo um do sexo masculino, com doze anos de idade e, o outro do sexo feminino com dois anos de idade. O sexto, sétimo e oitavo são do sexo masculino, solteiros, com 39, 38 e 36 anos de idade respectivamente (Figura 4).

Seus pais, quando do nascimento do oitavo filho, adotaram uma criança. Essa é do sexo masculino, solteiro, e tem 36 anos.

Segundo B.I.M., quando ela tinha 7 anos, sua mãe saiu de casa e foi morar com sua primeira filha e neta em outro local. Sua mãe alegou, como motivo da separação, necessitar cuidar, em outro local que não sua casa, de sua primeira filha que sofria de pneumonia, como também, pelo fato de seu esposo discriminar e rejeitar essa filha. Contudo, B.I.M. ressaltou como motivo da separação os conflitos diários entre seus pais, como também, o fato de seu pai ser alcoólatra.

De acordo com seu relato, quando sua mãe saiu de casa, deixou B.I.M. e seus irmãos sob os cuidados do esposo, levando consigo sua primeira filha e sua neta. Logo após a separação, seu pai proibiu que os filhos encontrassem a mãe, alegando que caso isso ocorresse, solicitaria a guarda dos filhos na justiça, impedindo que a mãe os visse. Posteriormente, permitiu que a mãe os visitasse, recebendo-a em sua casa.

Após a separação de seus pais, B.I.M. ficou sob os cuidados de seu pai e irmãos. Sobre esse período e a relação entre eles, destacou:

> *" Nossa relação era complexa. Foi difícil para o papai, pois criar filhos sem mãe é complicado".*

B.I.M enfatizou que a separação de seus pais foi extremamente difícil para ela. Após a separação, sentiu muito a ausência de sua mãe e não aceitou a separação. Informou, que, quando seu pai saía para trabalhar, ela fugia de casa para visitar sua mãe, como apresentado a seguir:

> *"Eu sempre fugia de bicicleta para ir na casa da mamãe. Chegava antes dele, para não saber que eu tinha ido lá".*

Quanto à relação de seus pais, destacou que esta sempre foi problemática, com agressões verbais. Sobre a qualidade da relação de seus pais, por ocasião de seu nascimento, ressaltou:

> *"Já peguei o fim, ele tava viciado no álcool. Mamãe já vivia uma relação muito tensa. Isso abalou muito a gente. Eu acho que isso me abalou, por que desde pequena tinha muito atrito em minha casa com meu pai e minha mãe. Eles não conviviam bem, ainda mais quando ele bebia, até porque ele sempre bebeu".*

Quando estava com 14 anos seu pai faleceu. B.I.M. continuou morando com os irmãos, pois segundo informou não se adaptava mais a morar com a mãe. Referiu-se a orientação e educação recebida nesse período como "ausente e liberal, no sentido de não serem impostas regras pelos irmãos, podendo fazer o que bem quisesse, desde que se responsabilizasse por seus atos". B.I.M. destacou que "ressentia-se e não aceitava o fato de ter que assumir muitas responsabilidades, pois ainda era uma adolescente", acrescentando em seu relato:

"(...) eu sentia aquela dificuldade de ter que fazer minhas coisas. Tive que fazer muito cedo, aprender a fazer comida, lavar roupas. Pela minha idade, eu tinha que ter uma mãe para fazer pra mim".

Acerca da morte de seu pai, informou que, inicialmente, não conseguiu chorar a perda, preferindo acreditar que ele havia viajado e retornaria a qualquer momento. Sobre a perda de seu pai e a elaboração do luto relatou:

"Eu vim me abalar depois já, com o passar do tempo. Eu fui sentindo a ausência dele. Sentindo a falta, né? Por que eu tinha o apoio dele. Ele bebia, era muito rígido, mas tinha uma hora que ele era amigo".

"Bem mais tarde eu superei isso//----//[3]. Foi assim. //----//. E. //----//. Me encostei em outras pessoas. É----.//--// Eu fiz amizades com pessoas, entendeu? Eu te falei. Eu tenho uma amiga(...). Eu geralmente, eu passava a maior parte do dia, quando eu chegava do colégio, na casa dela. Almoçava, brincava, as vezes dormia. Passava muito tempo assim, com outras pessoas. Procurava conversar com outras pessoas, geralmente por que se eu ficasse aqui em casa, eu ficava muito só, ficava na solidão, e geralmente eu nunca gostava de ficar só, na solidão".

Quando solicitada a identificar as características de seu pai, descreveu-o como "ignorante, impaciente, difícil e agressivo", mas, também, "organizado e amoroso, quando não estava bêbado", entre outras, como apresentado a seguir:

"(...) é porque ele brigava com mamãe, porque ele bebia. Brigava com mamãe! Eu presenciei muita brigas deles dois. O pior era que amedrontava, né? A gente ficava com medo, ficava geralmente reservada, me escondia. Ficava só longe, lá de cima olhando, entendeu?".

[3] O símbolo //----//: indica pausa longa na fala.

"Ele era muito impaciente com os filhos. (...) era uma pessoa muito difícil, agitado o papai. Assim, não sei porque ele bebia? Se fosse agora, se meu pai tivesse vivo, como a medicina tá mais avançada, talvez ele precisasse de um acompanhamento. Por que meu pai não tinha----. Meu pai saia bem cedo para trabalhar, quando ele chegava, já era bebido. Brigava com a gente à toa, sem quê nem porque, sabe como é? (...) ele discutia com mamãe, brigava com a gente, e foi alto. Eu nunca gostei disso não. (...) ele batia na minha irmã mais velha, por isso também a briga deles dois. Ele batia muito nela, e a mamãe dizia que não podia bater nela da maneira que ele batia".

"(...) quando ele tava bom, sem a bebida, ele era muito amoroso comigo, me dava carinho, me abraçava".

"(...) meu pai apesar de beber era muito organizado .No dia seguinte ele tava pronto para trabalhar. Cedinho ele tava em pé. Ia comprar pão, deixava, e ia trabalhar".

"(...) meu pai era alegre , e----. //----// Talvez um pouco triste. Também porque uma pessoa que bebe, é pra esconder----. Então ele era um pouco triste".

"(...) tinha momentos que era próximo, tinha momentos que era distante. (...) próximo quando lúcido, sem bebida".

"(...) com toda a bebida era responsável. Porque não nos faltou nada, sempre que a gente precisava dele, ele tava ali na doença".

"(...) era agressivo quando embriagado".

(...) aparentemente ele era fraco, mas em termos de----, ele era forte. Para suportar //----// tudo que suportou. Eu achei ele forte e um pouco fraco, por que também como te disse, ele bebia, né?"

"(...) nem sempre ele era disponível, porque trabalhava, né? Não dava assim, toda aquela atenção".

"Eu tinha medo de apanhar, de ser chamada atenção. As vezes ele era bem humorado, mas as vezes ele ficava mal humorado [risos]. Quando ele tava mal humorado era o pior dia, botava todo mundo pra trabalhar lá em casa. Eu não, eu era menor".

"Eu achei ele muito corajoso, e ao mesmo tempo ele era----. Não sei a palavra certa pra colocar. Ele bebia, então era um pouco covarde. Por causa que ele bebia. Por causa dos problemas dele que eram muitos, né? Já pensou a pessoa se ver sozinha com um monte de crianças, né? Para educar, alimentar, não é fácil né?"

"(...) era extrovertido, se dava com todo mundo".

"Meu pai era ansioso sim. Geralmente tem dias que fuma, então está ansioso, né? Meu pai fumava, bebia, meu pai tinha sim".

"Era depressivo sim. Depois da separação ele ficou assim. Tinha vezes que eu cheguei a presenciar ele chorar em casa, mas bebido né? E não bom".

"(...) ele era rígido, queria que a gente estudasse (...)".

Quanto a sua mãe B.I.M. a descreveu como:

"Ela era agitada, devido a convivência".

"(...) era paciente e as vezes impaciente.(...)".

"Ela era presente no período que morava em casa.(...)".

"Minha mãe é meiga. Pelo menos agora ela está excelente [Risos]. Ela vem pra cá com freqüência. Telefono e peço: vem pra cá pra gente conversar, sair".

"(...) responsável em tudo (...).Cuidadosa. Organizada".

"Alegre. E----. //----// Triste porque os filhos não é o que ela sonhou".

"(...) por tudo que a minha mãe já passou na vida, eu acho que a mãe é forte".

"Tem bom humor".

"Corajosa. Extrovertida".

"Ela é ansiosa agora, porque não está mais saindo só, né? Ela tem um pouco de insônia".

"(...) tem dias que tá deprimida sim, chora. Ela diz assim: eu vou morrer e meus filhos não estão organizados. (...). A mamãe anda assim agora ,ela chora. Ela assiste a missa e chora. A mamãe, eu ando preocupada com ela".

"As vezes ela é segura, as vezes ela é insegura. Tudo quanto é coisa que ela vai resolver, questões burocráticas, ela é insegura. Sempre precisa de minha ajuda, né? Ela diz assim: 'B.I.M. dá prá ti me acompanhar?' Ela não sabe resolver certas coisas. Não sabe se expressar, então eu sempre vou resolver as coisas com ela. (...) toda vez que ela vai sair de casa comigo, ela fica ansiosa, que dá até dor de barriga nela. Ela diz: 'Tô com dor de barriga'. Eu respondo: mamãe enfrente, tome um remedinho aí pra dor, pra cólica, tome aí e, venha pra cá".

"(...) minha mãe era muito rígida, muito rígida.(...). Não queria que eu fosse pra rua, tinha medo de algum mal para mim".

"(...) a mamãe pega no pé dos meus irmãos. Que eles não querem se organizar, não querem trabalhar, ter a vida própria deles".

Informou que, atualmente, sua mãe sofre de diabetes melito e apresenta catarata. Ressaltou que não quer que a mesma opere a vista, pois tem medo que ela fique cega. Informou, também, que sua mãe tem pavor de escada rolante.

Quanto ao relacionamento com os irmãos durante a infância, e início da adolescência, B.I.M. enfatizou que cada vez mais afastava-se dos mesmos, pois cada um estava envolvido com seus próprios interesses, como apresentado abaixo:

> *"(...). Nós não conversávamos muito. Cada um vivia a sua vida, quem trabalhava, trabalhava, quem estudava, estudava, era assim.(...)".*

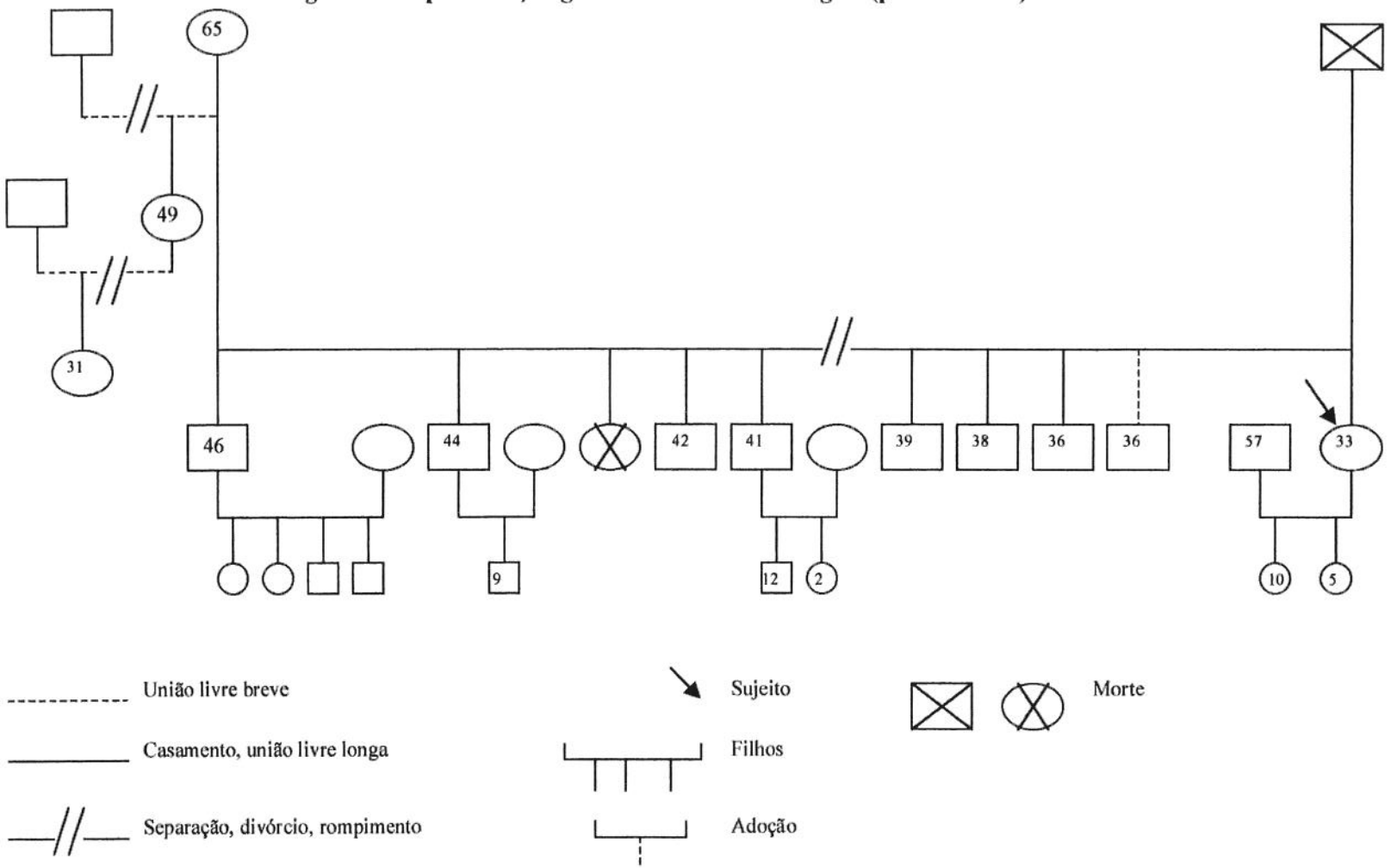
Sobre a relação com seu pai e irmãos, caracterizou a convivência com esses como difícil destacando que se sentia "um pouco assustada" e que era "retraída desde pequena" como apresentado abaixo:

> *"(...) eles são assim, muito alterados. Posso até dizer ignorantes. Até por que era muito assim----. Eu também sentia muito na minha adolescência. Meu pai era assim, quando ele chegava em casa bêbado, ele nem ligava pra gente. Brigava com a gente, sabe como é? Eu acho que cresci assim, um pouco assustada, entendeu? Meu pai era muito assim, arrogante. Já eu, era retraída, assim desde pequena. Nosso pai ríspido, sabe assim, e isso passou pros meus irmãos. Meus irmãos sempre assim, não digo todos, mas a maioria é assim muito ríspido, sabe? Não querem se empregar. Não sei se é medo ou não conseguem se empregar. Mas acho que eles tem mesmo medo".*

Sobre sua relação atual com os irmãos, afirmou que não tem contato com os mesmos não sabendo informar como estão atualmente, com exceção de um o qual encontra com maior freqüência, como apresentado a seguir:

> *"O irmão que eu tenho mais contato é o P.. Ultimamente ele anda muito ansioso, tá estressado demais(...). Mas ele sempre foi assim".*

Figura 4 - Representação gráfica da família de origem (pais e irmãos)



6.2. A BUSCA PELO ATENDIMENTO E O TRATAMENTO REALIZADO

Em junho de 1997, B.I.M. foi orientada por um profissional de saúde a procurar o Ambulatório de Ansiedade e Depressão-(AMBAD) do Hospital Universitário Betina Ferro Souza-(HUBFS). Nos meses anteriores a junho, B.I.M. vinha apresentando sintomas de ansiedade. Esses se iniciaram por surtos espontâneos, agudos e eventuais com manifestações físicas tais como, palpitações, dor no peito, suor frio nas mãos e nos pés, dor de cabeça, entre outros; e com manifestações psíquicas tais como, medo intenso de morrer, sensação de irrealidade, medo de enlouquecer, medo de perder o controle, etc. Sentia-se mal e evitava lugares fechados ou com muitas pessoas. Não conseguia mais sair de casa sozinha, e, caso tentasse, era obrigada a retornar. Necessitava ter ao seu lado, para enfrentar tais situações, uma pessoa de sua confiança a quem pudesse recorrer, no caso de um ataque súbito de pânico.

Anteriormente, havia consultado diversas especialidades médicas, tais como, um clínico geral, um cardiologista e um neurologista. Também havia realizado diferentes tipos de exames, mas esses apresentavam resultados normais, não registrando nenhuma alteração em seu corpo que justificassem tais sintomas.

O não saber de si mesma, aumentava seu desespero. Como explicar ao profissional de saúde suas dores e sentidos, se os atendimentos ocorriam num tempo breve, na qual sua totalidade, enquanto pessoa, era negada e seu saber rejeitado? Ouvir comumente: "isso pode ser estresse", aumentava seu sofrimento e sua desesperança.

De acordo com B.I.M. restava, como última esperança, recorrer a Deus, talvez este pudesse socorrê-la e fazê-la compreender o que lhe ocorria. Foi ela quem nos contou sobre suas buscas e desencontros:

> *"(...) aí eu fiz vários exames, e deu tudo até baixo. Pressão baixa, até pressão baixa dava. Aí pronto eu me desesperava. O que é que eu tenho meu Deus? Por que não dá nada nos exames? Eu nem sabia nem o que era isso. Eu não sabia nem que existia esse problema. Eu, não sabia não. Eu nunca tinha visto ninguém com isso. (...). Meu Deus! O que é isso?*

Me ajude! Mediquei com remédios caseiros, chá para acalmar. Eu procurei o hospital perto de casa, mas não adiantou nada não, quase não me ouviram. Não resolveu nada. Aflita eu ficava".

Orientada por um conhecido seu, a procurar o AMBAD, realizou sua primeira consulta nesse ambulatório, sendo atendida por um médico psiquiatra e um psicólogo. Foi orientada sobre a ocorrência e as manifestações do Transtorno de Pânico e quanto à necessidade de acompanhamento médico e psicológico. Ao final da entrevista, apresentava-se mais tranqüila e disposta a iniciar o tratamento.

B.I.M. avaliando o início do tratamento e o que pensava e sentia quanto ao mesmo, destacou:

"Eu queria o tratamento, mas ao mesmo tempo eu tinha medo de ir lá. Ver muita gente doente no hospital me apavorava, só de pensar eu tremia. Foi uma amiga minha que ia me arrastando, arrastando (...)".

Além do atendimento médico psiquiátrico, era acompanhada por um psicólogo do referido ambulatório. Usava nesse período, de acordo com a prescrição do psiquiatra, 75 mg ao dia de um antidepressivo tricíclico (clomipramina). Durante a psicoterapia, avaliava comportamentos disfuncionais e crenças. Já no final do referido ano, aderindo ao tratamento indicado, apresentava remissão dos ataques de pânico e já conseguia sair de casa, desde que acompanhada.

No início do ano de 1998, as crises de pânico voltaram a ocorrer. Os ataques tornam-se mais freqüentes e acompanhados pelos sintomas, tais como, intenso medo de sair de casa sozinha; andar de ônibus, precisando ter alguém ao seu lado para sair de casa; medo de lugares fechados, escada rolante, elevador, ou qualquer outra situação, em que, no caso de ter uma crise de pânico, não pudesse escapar ou receber ajuda. B.I.M. informou que, nesse período, havia interrompido a medicação. Foi orientada quanto à necessidade de usar a medicação prescrita, sobre as estratégias de controle das crises, irracionalidade de seus medos e sobre a importância do relaxamento nas situações de tensão.

Em junho de 1998, foi prescrito um outro antidepressivo tricíclico (amitriptilina). Em 12 de agosto do mesmo ano, B.I.M. referiu "sentir-se mais disposta, ativa e animada, mas ainda evitava andar sozinha de ônibus, estar em lugares fechados e percorrer longas distâncias".

Durante o período de janeiro a maio de 1999, B.I.M. abandonou o tratamento no referido ambulatório. Em junho do mesmo ano, buscou atendimento psicológico com um outro psicoterapeuta não vinculado ao AMBAD. Na consulta, ocorrida no dia 14 de junho do referido ano, informou que havia interrompido a medicação e a psicoterapia, visto que não apresentava remissão total dos sintomas. Informou também que havia solicitado avaliação neurológica, pois acreditava que seu problema era dos "nervos". Foi orientada por esse profissional a retornar o tratamento iniciado no AMBAD e sobre a importância do acompanhamento psiquiátrico. Atribuiu o abandono do tratamento anterior, em razão de sua dificuldade de vir ao hospital e aos efeitos colaterais da medicação, como mostra seu relato abaixo:

> *"(...) eu me sentia bem dentro de casa. Eu me sentia protegida, não tinha medo. Quando eu pisava aí fora para pegar o ônibus, aquilo voltava de novo. O aceleramento do coração, dava logo suadeira, né? (...). Quando eu tomei o antidepressivo eu engordei".*

B.I.M., durante o período de junho de 1999 a novembro de 2000, reiniciou o tratamento psiquiátrico com um médico não vinculado ao AMBAD, fazendo uso de um antidepressivo tricíclico (clomipramina) associado a um ansiolítico (benzodiazepínico). Durante esse período, apresentou fases de remissão parcial dos sintomas e outros de exacerbação desses. Durante o período, interrompeu o uso da medicação várias vezes, retornando a usá-los quando estimulada pelo médico, mas não aderiu a psicoterapia.

No mês de novembro de 2000, buscou atendimento psicológico para suas filhas. Após avaliação diagnóstica foi sugerido que B.I.M. iniciasse a psicoterapia, o que foi aceito pela mesma.

Durante a coleta dos dados deste estudo, B.I.M. informou que havia retornado à psicoterapia e que estava sob acompanhamento psiquiátrico, fazendo uso de dois fármacos: um antidepressivo tricíclico (clomipramina) e um ansiolítico (benzoadizepínico). Sobre a medicação considerou:

> *"Continuo tomando por que se não tomar a medicação eu começo a sentir tudo de novo. Por que sabe, eu acho que é psicológico, né? Eu já botei na minha cabeça que se eu não tomar o remédio eu vou sentir tudo de novo. O pior é que a gente sente mesmo. Já botei na minha cabeça. (...) eu tomo agora a medicação. Já diminuiu a dosagem. Eu tomava pela parte da manhã, aí depois pela parte da noite. Agora eu só tomo de noite".*

Quanto aos sintomas atuais destacou:

> *"Agora eu me sinto bem, graças a Deus. Não só pela medicação, mas também tem orações. Eu sou católica né? (...) eu comungava. Todo mundo dizia que a parte religiosa ajuda muito. Ajuda muito a pessoa ter uma religião".*

> *"Os sintomas continuam, mas agora é muito pouco. Hoje eu saio só. Já vou ao comercio, que eu não ia. (...) mas eu sinto, não vou dizer que não sinto. Mas eu já vejo como uma coisa normal. Eu não vou te dizer que não sinto. Tem épocas que eu sinto mais. Tem épocas que eu não sinto nada. (...) eu tenho um medo que ainda não superei. Eu tenho vontade de trabalhar, mas eu não consigo. Eu tenho medo de ter crises no momento que tiver trabalhando. Agora, vontade eu tenho (...).Eu tenho que conseguir, eu vou conseguir".*

6.3. INVESTIGANDO A ANSIEDADE

6.3.1. Sobre o motivo da primeira consulta

B.I.M. buscou atendimento psiquiátrico apresentando como queixa principal ataques de pânico espontâneos e recorrentes, os quais causavam intenso sofrimento e preocupações. Os ataques duravam, em média, de 10 a 15 minutos. Entre os sintomas apresentados destacam-se: palpitações, sudorese, tremores, sensação de falta de ar, sensação de asfixia, dor no tórax, náuseas, tontura, sensação de irrealidade, sensação de estar distanciada de si mesma, medo de perder o controle, medo de enlouquecer, medo de morrer, sensação de formigamento nas mãos e calafrios.

Destacou que, atualmente, embora de maneira menos intensa e freqüente, ainda persistem o medo de enlouquecer, de perder o controle, de morrer e de sofrer. Persistem, também, as palpitações e ritmo cardíaco acelerado, nas ocasiões em que está assustada, como também o tremor, a tontura e a dor de cabeça, quando viaja de ônibus.

Os ataques eram seguidos por uma preocupação persistente, acerca de ter outros ataques, ter um ataque cardíaco, assim como, das implicações ou conseqüências desses, como medo de enlouquecer ou perder o controle. Apresentou alteração comportamental significativa em decorrência dos ataques.

Ressaltou que, atualmente, ainda preocupa-se com a possibilidade de vir apresentar outros ataques, assim como das implicações ou conseqüências desses, como medo de perder o controle ou enlouquecer.

Apresentava intensa ansiedade em locais ou situações, nas quais era difícil sair ou ser socorrida, caso tivesse um ataque de pânico, como também, em relação a alguns pensamentos específicos. Esses locais ou situações eram comumente evitados, ou no caso, para serem suportadas exigiam a presença de uma pessoa de sua confiança. Entre esses locais ou situações destacam-se: estar fora de casa sozinha, estar em lugares fechados ou com muitas pessoas, permanecer em uma fila, viajar de ônibus ou automóvel.

B.I.M. informou que atualmente "pensar em trabalhar, imaginar submetendo-se a um teste psicotécnico ou pensar sobre a possibilidade de fracassar" provocam intensa ansiedade. Ressaltou, também, que estando em um ônibus, ainda apresenta intensa dor de cabeça.

Não preencheu os critérios diagnóstico do DSM-IV para outros transtornos ansiosos ou depressivos na vida adulta, e, embora, tenha relatado fobias, essas estavam relacionadas à ocorrência dos ataques de pânico.

6.3.2. A vivência das crises de pânico e da agorafobia

No início da entrevista, a qual tinha como objetivo investigar as manifestações de ansiedade, B.I.M. apresentou-se tranqüila e acolhedora. Após alguns minutos, à medida que descrevia as crises, B.I.M. torcia e apertava suas mãos de maneira intensa e contínua. Também passou a balançar as pernas, cruzando e descruzando-as freqüentemente. Seu rosto expressava intenso desconforto. Ao ser questionada se gostaria de interromper, respondeu negativamente. Durante a entrevista, de maneira espontânea, trouxe muitas das informações relativa aos pais e de sua relação com estes.

Quanto aos ataques de pânico e os sintomas agorafóbicos destacou:

> *"(...)é aquela angústia horrível. Isso aqui parece que era tudo ferido [Pega na garganta, e tórax]. Doía muito a minha cabeça. Hoje em dia não, graças a Deus. (...) eu ficava pensando que ia enlouquecer. Afetou minha cabeça. Eu pensava muito. E mais aquele ataque no coração, a 'ritmia' era horrível"..*
>
> *"Aí nesse dia eu combinei com uma amiga de ir ao (...). já fui me sentindo mal no ônibus. Aquele nervoso, aquele aperto. Aí quando cheguei dentro do Shopping foi acelerando mais o meu coração. Aí o nervosismo foi aumentando. Eu não conseguia mas nem descer a escada rolante. Foi a sobrinha dela que me desceu. (...) eu vim lá de táxi. (...)*

pra eu dormir, eu dormia e acordava assustada. Foi muito trabalho. Tu pensava que eu conseguia ficar sentada mesmo sozinha? Parecia que eu ia cair da cadeira, morrer mesmo. Todo tempo ficava rodando, tá entendendo? Girando em torno de mim as coisas. Não conseguia me doutrinar para ler, assistir televisão, não assistia, eu não conseguia. A minha cabeça pesava no corpo, eu não conseguia firmar. (...) era tudo muito rápido mas, o coração disparava, o braço formigava, o peito apertava, e, a sensação ficava por horas, aí eu nunca mais queria sair de casa com medo (....). Olha como eu te falei, quando eu cheguei eu vim de taxi, eu entrei aqui correndo. Quem me deu muito apoio foi minha cunhada aqui do lado(...). Era assim, repentinamente eu tava bem em casa fazendo as coisas, aí de repente me dava. (...) escurecia logo a minha vista, dava suadeira, nervoso, né? Aí que eu fazia? Me deitava, tinha que me deitar. Minutos depois passava. Toda vez que me dava, me dava um escurecimento na vista, e a palpitação e pressão fortes. Aí eu ficava com medo, eu vou morrer, eu vou morrer. Então X me dizia:' tu não vai morrer, ninguém morre disso'. E eu respondia:' a gente não morre, mas sofre prá caramba! '"

Informou que costumava acordar, no meio da noite, sentindo-se mal e descreveu como isso repercutia em seu grupo familiar, como apresentado a seguir:

"Me sentia mal altas horas da noite. Me apoiaram bastante porque eu me sentia mal. Todo mundo acordava. Ninguém mais dormia. Aí eu ia pra cá pro lado [Referindo-se a casa da cunhada]. Aí como eu dormia com ela me sentia protegida. Ela sentava do meu lado, eu dizia: não sai daqui. Eu pegava a mão dela, apertava. Dizia: não me deixa sozinha, não me deixa sozinha, não me abandona [Neste instante segurou nos braços de P2] . Eu não gosto nem de lembrar".

Descreveu como sentiu-se na cerimônia de seu casamento no religioso:

> *"Foi horrível ir para igreja. Eu fiquei muito ansiosa. E lá assim, eu passei muito ruim. A minha cunhada que----.Por que eu fiquei lá no alto né? Eu dizia pra ela: 'eu não vou. Eu não vou ficar aqui'. Ela respondia:' fica aí, tu não vai sair daí. Aí eu tremia, e o suor, olha o suor! Égua foi horrível, foi o dia que eu não sei. Eu olhava para aquele Cristo. 'Meu Deus me dá força'. Foi Deus mesmo que me deu força. Eu não conseguia. As minhas pernas tremiam o tempo todo. Aí eu apertava meu marido, dizia:' eu não vou agüentar ficar aqui. Não vou agüentar chegar a hora do---'-. Aí, quando o padre foi celebrar eu fui logo, né? Pensava: posso até cair aqui, desmaiar, ou fazer um vexame aqui. (...)depois que eu disse aceito eu voltei para meu lugar. Aí eu comecei a relaxar mais".*

Quanto aos fatores associados ao surgimento das crises, B.I.M. descreveu as situações de perdas, como por exemplo, a morte da cunhada, ocorrida em abril, a qual era muito apegada, destacando que as crises mais fortes ocorreram em maio do mesmo ano, assim como, a morte da tia de seu esposo. No final da segunda entrevista, quando B.I.M. já havia concluído seu relato sobre os fatores associados às crises, interrompeu seu relato sobre seu estado de saúde atual, e, espontaneamente expressou sua condição, na infância, como um dos fatores também que contribuíram às crises atuais. Seu relato, quanto ao fatores associados às crises de pânico, é apresentado abaixo:

> *"E por sinal, na mesma época eu tive esse problema, o sobrinho dele também teve. Só que o problema dele era esquizofrenia(...). Naquela época a tia dele morreu. Eu também tive esse abalo também. Com a morte da minha cunhada em abril, e ela era a cunhada que eu mais gostava .Foi terrível. Ela só vivia aqui. Vinha tomar café, almoçava, conversava comigo. Foi uma perda muito difícil para mim. Era a única que me apoiava assim, que não gostava que ninguém dissesse um ai de mim, que ela logo esculhambava. Eu tive esse abalo. (...) só que o meu mexeu com os nervos".*

Acrescentou, posteriormente, após um longo silêncio:

> *"Eu perdi muita coisa na minha vida, não tinha apoio familiar né? Mas como eu te falei eu vivia muito assim----. Eu vivia vagando no mundo entendeu?*

B.I.M. prosseguiu seu relato sobre os fatores associados às crises, destacando a separação de seus pais como apresentado abaixo:

> *"Como eu te falei daquela vez. É, meus pais se separaram, isso contribuiu---. Eu acho que como era criança, eu nunca parei para pensar. Mas eu acho que para mim isso contribuiu. Até por que eu não tive um acompanhamento. Sabe como é? Aquela dedicação de mãe, como a gente vê hoje. Sabe, eu já senti até um tempo desses, uma época assim, eu tinha inveja. Quando eu ia na casa de minhas amigas, que eu via assim um carinho, da mãe com o filho, eu olhava pra mim e dizia: 'eu não tenho esse carinho em casa.' Eu acho tão bonito essas coisas assim. Eu senti. Eu achava tão bonito, aquilo me tocava. Me tocava muito de eu não ter assim, esse amor, assim como minha família um dia. Eu senti. Isso me abalou muito .Isso também na minha vida de adolescente. Até porque minha família nunca foi unida assim. Muitos irmãos, sabe? Nunca foi assim, um unido com o outro. Tudo isso machucou aqui por dentro".*

Observamos que, durante o relato acima, o tom de voz de B.I.M. tornou-se mais baixo. Seu rosto expressava tristeza e dor. Seus olhos vermelhos estavam mais úmidos que anteriormente. Era também um pedido para que os pesquisadores não a deixassem. B.I.M. tinha conhecimento que estávamos nos minutos finais da entrevista e que se aproximava o momento da separação com os pesquisadores.

Quanto aos fatores de proteção às crises e sobre seu comportamento após as mesmas destacou:

> *"Quando eu sentia esse medo, eu queria estar próxima de alguma pessoa. Eu tinha que estar próxima de alguém para me socorrer. Então eu dizia assim: me leva pro hospital, ,me leva pro hospital, eu só queria estar no hospital".*
>
> *"Apavoradíssima, eu dizia: não me deixa só, não sai, fica comigo. Meu Deus! Eu era desesperada, eu incomodava outras pessoas. O meu problema incomodava outras pessoas".*
>
> *"Eu acho o que também me ajudou muito foi a sobrinha dele [Referindo-se a sobrinha do esposo]. Ela é carismática. (...) quando eu sentia as crises fortíssimas eu corria pra lá. Eu batia, C., C, me socorre. Tinha uma cadeira preguiçosa, eu deitava, relaxava. Ela virava a cadeira e começava a conversar comigo, a rezar. Aí rezava, rezava, aí eu adormecia na cadeira. Relaxava. Aí eu dizia:' já tô bem, e eu já vou para casa'. Ela dizia: 'tá B.I.M. vá para casa.' (...) era incrível menina quando ia na casa dela eu ia atravessar a pista! O meu medo era ficar andando na pista. Depois que eu passava para calçada, eu já me sentia segura. Incrível menina!".*
>
> *"Naquele tempo, que eu tava muito assim, era muitas orações, era que me aliviava muito".*
>
> *"Minha mãe quando vinha aqui me deixava muito feliz"*
>
> *"Eu gostava muito que ele ficasse perto de mim [Referindo-se ao esposo]. E era assim, quando eu ia dormir eu tinha medo de----. Ele tinha que estar ao meu lado, entendeu como é? Para eu poder dormir. Se ele não tivesse do meu lado eu não conseguia dormir. Porque eu me sentia assim protegida né? Ele ficava do meu lado assim [Faz um gesto de muito próximo e curvou o corpo por sobre o sofá, imitando a posição fetal]".*

Em outra ocasião destacou seu comportamento após as crises de pânico, como apresentado a seguir:

> *"Ah! Eu fico bem quietinha, eu vou me segurando em algum lugar [Risos]. Se tiver uma pessoa conhecida eu me seguro".*

Nessa ocasião informou que dorme com suas filhas, e que seu esposo dorme na cozinha, como apresentado abaixo;

> *"Eu durmo com minhas filhas. É por que elas não deixam [risos]. Elas não me deixam de jeito nenhum".*

Relatou que, após as crises, costumava ficar muito triste, e com um imenso medo de enlouquecer, como apresentado a seguir:

> *"Égua[4]! Eu já amanhecia chorando. Tinha de noite passado mal. Eu tomava banho chorando. É incrível, eu não conseguia nem tomar banho direito, entendeu? Por que a minha cabeça rodava. Eu não sei como não enlouqueci. Faltou assim pouca coisa. (...). Meu medo era enlouquecer mesmo. Esse era meu medo, pavor. Até hoje eu tenho, eu não vou negar que não tenho, né? De voltar de novo, eu espero em Deus que não volte. (...). Quando tô sentindo um nervoso eu digo: Oh meu Deus! Tomara que não volte de novo. Mas tem dias assim que dá aqueles sintomas como eu senti na primeira vez. Só que já sei lidar com isso, como eu te falei, eu saio, vou conversar, eu tenho uma amiga que mora aqui perto. (...) eu vou lá pra casa dela. (...) a gente conversa, acha graça,(...) aí pronto, eu me distraio, aí me esqueço totalmente".*

Sobre as limitações e implicações das crises de pânico, destacou:

> *"(...) mexeu muito, em todos os----. Até na minha vida mesmo com meu marido. Não tinha condições nenhuma----. [Referindo-se a atividade sexual].(...) evitava sexo devido as crises e a medicação".*

[4] Égua: expressão popular utilizada na região norte do país para expressar espanto, admiração.

"Influenciou em tudo. Até no cuidado das minhas filhas, da minha casa, tudo".

Ainda referindo-se as filhas e a seu comportamento, prosseguiu:

"Aliás, as duas cuidavam, porque----. Não tinha condições. A menor me chamava: 'Mamãe, levanta da cama, vem cuidar de mim. Mãe, eu tô sofrendo também'. Eu dizia: 'Mas minha filha, mamãe não tem condições'. Eu não tinha condições de ficar nem em pé".

"(...) quando eu ia buscar minhas filhas, eu chegava ali no canto e parava. Eu dizia: 'Eu não vou agüentar chegar no colégio'. Aí eu parava e aquela tonteira passava. Aí eu dizia: Eu vou conseguir! Aí eu andava, eu ia assim----.[fez gesto de apoio]. Quando eu via os carros era horrível, tive medo do carro me bater, entendeu? Eu não queria passar por isto".

"(...) na época das crises, eu conversava muito pouco, eu não gostava. Depois de seis meses de tratamento, eu ia lá, [Referindo-se a casa da amiga.] mas eu ia com medo".

B.I.M. destacou sua dificuldade de interação social e informou, que seu círculo de amizades sempre foi restrito, tanto no que diz respeito ao período da adolescência como na vida atual como apresentado abaixo:

"Eu não me dou assim com qualquer pessoa. Eu não faço amizade facilmente. Não é com qualquer pessoa que eu faço amizade. (...) na minha primeira conversa eu já sei do que aquela pessoa é capaz. Aí pronto, eu, pode ser até que eu sofro com isso também, com essa dificuldade. Até eu acho que eu sofro com isso, sabe? Até me pergunto porque sou assim. Sempre fui assim. Até em sala de aula, como eu te falei. Sabe como é uma turma de trinta, quarenta alunos né? Eu me dava com duas ou três pessoas. Sempre fui assim difícil mesmo".

Destacou que já fez uso de álcool socialmente, mas que atualmente evitava, devido à medicação. Negou tabagismo e o uso de outras drogas.

Quanto ao comportamento de seu grupo familiar atual, frente as suas crises, B.I.M. relatou que todos ficavam incomodados com seu sofrimento. Quanto ao esposo, informou que o mesmo apoiava-a em alguns momentos, mas em outros costumava afirmar que as crises "eram coisas de sua cabeça". Quanto a reação e sentimentos das filhas, em relação às crises, destacou:

> *"(...) elas sofreram muito quando eu estava nas minhas crises. A minha maior, ela cansou de se abraçar comigo, de chorar junto. Ela chorava junto comigo. Ela sofreu muito a minha filha, muito mesmo".*

Sobre seu prognóstico, em relação às crises, relatou:

> *"(...) mas sempre eu vou ter essa recaídazinha. Eu tenho essa certeza dentro de mim sabe? Não adianta eu me enganar, que eu vou ficar boa, que eu não vou ter mais isso. Lá no fundo eu sei que sempre vou passar por isso. Só que eu já sei lidar com isso".*

Quanto ao uso da medicação:

> *"Eu acordo. Ih! O dia não vai ser bom pra mim.. Já amanheço com aquele negócio. Sabe o que é tu levantar, acabar de acordar, já com aquele nervoso? Tem dia que tô assim. Eu digo: 'Eu não vou tomar remédio, eu não vou tomar esse remédio. Eu tenho que acostumar com esse negócio'. Por que não adianta todo tempo que ficar com nervoso tomar remédio. Quando é que eu vou superar isso?*

6.4. O RELATO DE VIDA-VÍNCULOS

6.4.1. A Primeira infância (0 a 3 Anos)

B.I.M. nasceu de parto cesariana, em um hospital da cidade de Belém. Segundo informou, "foi uma criança muito desejada, principalmente por seu pai, pois era sua primeira filha do sexo feminino". Não ocorreram intercorrências durante a gravidez de sua mãe e nem durante ou após o parto.

Seu nome foi escolhido por sua mãe e por sua irmã. Mamou no seio e usou chupeta. Andou e falou, com aproximadamente um ano de idade.

B.I.M. informou que foi cuidada nos primeiros dias de vida por sua mãe e sua irmã mais velha. Contudo, ao longo de seu discurso destacou:

> *"Bem, mais com poucos dias ela [Referindo-se a mãe] pegou catapora. Aí eu tinha uma tia que morava nos fundos, aí me mandaram pra lá, pra ela cuidar de mim. Mas não teve jeito porque eu peguei. Aí me mandaram de volta pra casa".*

Quando questionada sobre como seus pais a descreviam nesse período, informou que ouviu sua mãe contar que ela ao nascer era 'grandona' . Destacou, que por esse motivo, sua mãe não podia ficar com ela no colo. Sobre os cuidados recebidos nesse período informou:

> *"(...)meu pai desfilava comigo. Aí quando o pessoal olhava pra mim dizia: 'Olha a cor! É diferente'. No começo ele se encabulava, mas depois ele aceitou que eu era filha dele mesmo, realmente".*
>
> *"Ao nascer papai já era alcoólatra. Eu peguei o fim, ele tava viciado no álcool. Mamãe já vivia uma relação tensa, isto abalou a gente".*

Ao ser questionada sobre o que mais havia ouvido falar sobre o seu nascimento, relatou:

> *"Só que agora uma coisa que eu nunca esqueço, eu acho que tinha uma faixa de três anos, que eu peguei uma surra da mamãe. Porque eu derramei café com leite. Sabe que isso ficou gravado desde que eu era pequena. Teve uma vez que eu já era adolescente, aí eu disse pra mamãe: 'Mamãe, eu não esqueço aquela surra que a senhora me deu quando eu era pequena, que tirou até sangue de mim'. Ela ficou assim //--// e perguntou: 'Te lembra?' 'Eu lembro, ficou gravado desde quando eu era pequenina'. Eu tenho a marca até hoje, é bem clarinha. [Afasta a blusa e mostra a parte superior do peito]. Quase não parece, mas até um tempo parecia. Foi com a fivela do cinto. Sabe qual foi o remédio que ela botou em mim? Ela pegou um chumaço de algodão e molhou no vinagre de vinho. Me lembro 'benzinho' olha! Por causa do cheiro que o vinagre tem. Botou em cima, eu nunca esqueci. Essa cena não saiu".*

Quando solicitada a descrever como julgava ter sido cuidada e o que pensava, acerca da maneira como foi cuidada nos primeiros anos de vida, respondeu:

> *"Como eu te falei, até os sete anos eu fui bem cuidada sim. É porque nós éramos muito filhos, né? E tu sabes que não dá para ter tudo----. Alimentação não faltava, né? Era o essencial. Mas quando chegava o natal a gente não tinha aquele brinquedo que quer ter, sabe? Como é----. Era difícil!"*

> *"Nesse período? Esse recebi né? Aí depois que eu mais precisei, não. Eu não recebi depois dos sete anos. Foi o momento que eu mais precisei, até de apoio né? Do carinho. Porque eu vivia muito só, né? Pra te dizer assim---. Tu sabes, eu tinha uma vizinha, que hoje é falecida, ela me levava muito pra casa dela. Eu passava o dia na casa dela. Tomava banho, almoçava, comia, dava carinho. Eu me sentia muito bem".*

Posteriormente, ainda sob os cuidados recebidos nesse período, ressaltou que "achava que não havia recebido os cuidados necessários ao seu desenvolvimento", como apresentado abaixo:

> *" Acho que não. Acho que não tive não. Porque como eu tinha dito né? Meu pai bebia, então minha mãe ficava todo tempo agitada, até nós mesmos, era muito agitado assim".*

Ao ser questionada sobre as pessoas, nesse período, que julgava importantes ao seu desenvolvimento, descreveu:

> *"Como eu te falei, né? Eu vivi muito pouco tempo junto dos meus pais, né? Foi muito pouco tempo. Aí depois eles se separaram, eu fiquei mais com o meu pai. Mas não era igual como uma mãe, né? A mãe faz mais falta que o pai".*

Quando questionada sobre o que pensava acerca dos sentimentos de seus cuidadores, em relação a ela, respondeu: *"Amor, né? Cuidado, carinho ,né?"* Vale destacar que após seu relato breve e com ausência de detalhes sobre os sentimentos de seus cuidadores em relação a si mesma mudou o tema em questão.

Quanto aos seus sentimentos, em relação a essas pessoas, respondeu: *"gratidão"*. B.I.M. também respondeu a essa questão de forma resumida, mudando o tema quando solicitada a exemplificar suas respostas.

A respeito dos sentimentos de sua mãe, em relação a separação de B.I.M., considerou:

> *"Ela sentiu falta da gente, mas não podia criar a gente. E ela saiu de casa porque minha irmã, passou por um período de doença. Na época ela teve pneumonia. Aí ela saiu pra cuidar dela. (...) Elas foram morar só as duas e nessa época a minha irmã já tinha uma filhinha também. A diferença de idade pra mim e ela[Referindo-se a sobrinha] é de dois anos. (...) Eu também senti muita falta da minha----. É sobrinha, né? Eu chorava muito a ausência dela, a gente brincava, né?"*

Ainda em relação a sua mãe, com expressão de surpresa no rosto, informou:

"Sabe que a gente tá mais unida agora? Depois que eu casei. Agora que ela se diverte comigo, conta os problemas dela. Sabe como é? Agora que a gente tá mais unida".

Posteriormente, reafirmou:

"É, agora com minha mãe a gente se dá muito bem. A minha mãe assim----.Tá mais amiga. Ela conversa comigo, me ajuda muito no que eu preciso. Eu tô assim passando por uma dificuldade, ela tá pronta para me----. Não sei se é sentimento de culpa, né? Arrependimento, sabe como é? Por que hoje em dia ela tá dando aquela atenção mais especial pra mim. Eu sinto isso, o que ela não pode dar naquele tempo, ela tá dando agora. Até porque eu preciso agora, porque eu passei por esse problema, né? Eu precisava de um apoio, né? Da mãe, né?"

Quando solicitada a descrever os sentimentos ou pensamentos que lhe ocorriam durante a descrição, acerca de seus primeiros anos de vida, relatou:

"Eu sinto assim um pouco de tristeza, né? Por que eu não queria que tivesse sido assim desse modo, né? Eu queria que tivesse sido melhor a relação dos dois [Referindo-se aos pais]. Se fosse melhor a minha convivência com eles seria melhor. Teria tido mais carinho, né? No período que eu mais precisei".

Quando questionada sobre o que mudaria em sua história inicial, caso fosse possível, destacou:

"Eu naquele tempo queria que meus pais fossem mais unidos um com outro.[Tristeza, expressa no rosto, voz mais baixa]. Por que essa relação deles afetou a mim, a meus irmãos também [Raiva e mágoa]. Eu sinto muito".

Nessa ocasião, ou seja, durante o relato acima descrito, foi observado de acordo com sua expressão corporal e tonalidade de voz que B.I.M. mostrou-se triste, magoada e com raiva.

B.I.M. afirmou, que em decorrência da separação de seus pais, pouco ouviu comentar sobre seus primeiros anos de vida. Destacou também que conversava *"muito pouco com seu pai , pois este quando chegava do trabalho estava muito cansado"*.

Sobre a qualidade de seu sono e com quem dormia nos primeiros anos de vida, informou que *" dormia com seus pais na rede, e que o sono era tranqüilo"*. Destacou ainda em seu relato que:

> *"Dormia até demais. O sono era tranqüilo. Até porque eu era pequena, eu não pensava em problema. Uma criança pequena tem problema? Não tem problema. Ela vê aquelas coisas assim----. Fica assustada [Referindo-se as brigas entre seus pais], mas ela não sabe nem o que tá acontecendo, por que tá acontecendo, por que isso, por que aquilo. Ela não tem estrutura para isso".*

6.4.2. A infância intermediária (3 a 11 Anos)

B.I.M., nesse período, descreveu-se como uma "criança muito sentida, triste e muito insegura", como apresentado abaixo:

> *"Aí eu era----. //--/ /Eu era muito sentida. Eu era assim uma criança triste".*

Ao ser indagada com quem e como "era sentida", respondeu:

> *"Não, não é assim de especificar a pessoa. Eu acho assim que eu generalizava tudo, entendeu? Era tudo. Eu era muito insegura, até um tempo desses eu era muito insegura. Eu me fechava totalmente, ficava isolada. Isso me prejudicou totalmente também. Eu me isolei das pessoas, entendeu? Quando eu via que não gostavam de mim eu me isolava".*

Quanto ao seu relacionamento com a irmã, no passado, e atualmente, destacou:

"(...) minha própria irmã me rejeitava. Ela tinha ciúme. (...) quando eu nasci----. Desde o meu nascimento que ela soube que era mulher, ficou assim. (...). Até hoje sabe? Tu acredita que ela tem 48 anos e eu com 32, e até hoje ela não tem uma relação legal comigo atualmente? Parece que nós somos duas estranhas, entende? A gente se cumprimenta, se fala, mas só fica naquilo mesmo, entendeu?".

Quanto a este período de vida, B.I.M. descreveu o ingresso na escola, que ocorreu quando ela tinha quatro anos de idade. Sobre seus sentimentos quanto a permanecer na escola, descreveu:

"(...) eu sentia saudade de minha mãe. (...) Mas chorar eu me lembro que chorei, por ter me deixado na escola [Risos]".

Questionada sobre o motivo do choro destacou:

"É coisa de criança, né? A gente não quer fica na escola, não quer se separar da mãe, né?"

B.I.M. informou, que, após os primeiros meses de seu ingresso na escola, já conseguia permanecer ali sem chorar. Contudo, destacou que, aos dez anos de idade, voltou a apresentar dificuldades para ir ao colégio, como apresentado abaixo:

"Depois sim, quando eu já tava com dez anos, aí eu recusava, recusava ir pra aula. (...) indisposição, né? No caso".

Comparou seu comportamento na infância, em relação à escola, com o apresentado por sua filha mais nova, como apresentado a seguir:

"Olha, hoje minha filha não queria ir para aula. Ela queria dormir. Aí eu disse que ela ia pra estudar, mas ela não queria ir hoje. Chorou, chorou, chorou. Ficamos conversando. Um carinho, beijando, peguei no colo, sabe como é? Conversando com ela. Ela foi, foi----, e aceitou. Eu não tinha esse tipo de coisa né? E eu faço com ela.

Informou que também suas duas filhas, no início do período escolar, apresentaram dificuldade em ficar na escola, como descrito a seguir:

"As minhas filhas deram esse trabalho, mas depois elas se habituaram".

B.I.M. destacou que, na escola, apresentou incontinência fecal, como apresentado a seguir:

"(...) o que eu recordo nos meus cinco anos é que eu falava bem e eu comecei a estudar naquela escolinha . Ainda lembro de uma freira que quando eu era pequena, eu enchia as calças. Eu enchia as calças. Não quero falar. Tu já sabe o que é? [Risos]. Eu tinha menos de cinco anos, mas ficou marcado na minha cabeça. Sujava! Brigaram comigo, né? Então marcou".

Relatou, também, que nesse período apresentou enurese noturna, a qual prolongou-se até aproximadamente seus 12 anos de idade. Sobre a enurese considerou:

"(...) acho que até doze, onze anos. Era até proposital mesmo. Eu queria chamar atenção. Nessa altura eu morava com meu pai e meus irmãos. Eles me brigavam. Diziam: 'tamanha moça! Urinando na cama!' "

Descreveu que, na terceira série primária, a professora batia em seus braços por conversar durante a aula. Disse que sentia muita raiva da professora, mas que não respondia à professora por medo, permanecendo calada.

Identificou que, nesse período de vida, seu contato social restringia-se a poucos amigos. Como descreveu:

(...) eu nunca me relacionava com toda a turma, né. Que não tem condições né de----. Mas com poucas colegas que eu tinha eu falava bem, me dava bem".

Quanto aos jogos e brincadeiras do período, relatou que brincava na rua com outras crianças, mas que gostava de ficar sozinha em casa, como apresentado abaixo:

> *"Eu brincava com meus colegas, mas eu ficava muito----. Eu gostava de ficar sozinha. Tinha uma árvore no quintal de casa, eu sempre ficava brincando sozinha naquela árvore, sozinha, entendeu?"*

Como brinquedo preferido, destacou uma boneca de borracha que ganhou no natal de seu pai. Contudo, destacou que esse não foi um brinquedo escolhido especialmente para ela, como apresentado a seguir:

> *"Porque pra mim foi muito importante, foi o meu pai que me deu de presente no natal[Referindo-se a boneca]. (...) meu pai ganhava, era no emprego que ele trabalhava, aí eles faziam a relação dos filhos nesta época. Aí o brinquedo já vinha tudo separado, né? Eram contados. A gente tinha que se conformar com aquilo que doavam pra gente lá no emprego dele, né?"*

Quando questionada, acerca de seu temperamento e emoções nesse período, informou a respeito de seu comportamento de inibição e preocupação acerca de ser avaliada ou criticada, como apresentado abaixo :

> *"Calma. Sempre fui calma. Nunca fui agressiva com ninguém. Sempre aceitava as coisas calada. Isso também me prejudicou muito, por que a gente muito calada, como dizem: quem cala consente, né? Talvez se eu fosse comunicativa, teria sido melhor pra mim. (...) eu tinha vergonha de me comunicar. Eu sempre tive um pouco de medo, eu não sei o que era, mas eu sempre fui assim, muito tímida, vergonha de me expor, né?"*

> *"Eu era calma também dentro de casa porque não tinha mesmo quem conversasse comigo. Tinha dia que eu ficava mais só, brincava mais só. Ou então, brincava com minha sobrinha que morava um tempo em casa. A gente brincava, brincava".*

"Eu era muito tímida [Risos]. Vergonha, sei lá. Eu tinha vergonha das pessoas. Sabe que até hoje eu tenho?[Risos]. Tenho. Eu tô tentando superar isso sabe, eu acho que já superei bastante já".

"Eu tinha muita vergonha, eu acho que eu tinha medo de ser censurada. (...) eu queria sempre fazer as coisas certas pras pessoas não me chamarem atenção entendeu? E agora que eu vejo que não posso fazer as coisas só pra agradar os outros, né? (...) eu não tenho que agradar as pessoas, eu tenho que me agradar".

Relatou que ficava "muito triste", nas ocasiões em que observava suas "colegas tendo as coisas que seus pais não podiam lhe dar", destacando que os mesmos "não tinham condições financeiras".

Destacou que "era alegre", quando seus pais estavam juntos e quando sua mãe, após a separação, vinha dormir em sua casa:

"Eu era alegre quando meus pais estavam juntos. Por que minha mãe se separou do meu pai, mas ela sempre vinha em casa. Ela ia em casa dormia----. Ela dormia em casa. Aí quando ela dormia em casa eu ficava alegre. É engraçado que meus pais se separaram, e quando ela ia dormir em casa, ela dormia com meu pai, tu acredita? Aí era um alegria só. Aí eu dormia com eles [risos]. Era uma separação engraçada".

Quanto ao seu comportamento, em relação ao pai, destacou que "desejava estar sempre ao seu lado e andava atrás dele", como apresentado abaixo:

"Quando meu pai estava em casa, estava de folga, né? Aliás, eu queria sempre estar junto com ele, eu andava atrás dele. (...) ele ficava em casa, me carregava, me beijava. Aí também saía muito. Aí eu ia atrás dele".

Quanto às fobias da infância relatou:

"Eu era medrosa. Os medos que eu tinha era de altura, andar de ônibus, porque me dava enxaqueca".

"Eu tinha medo de atravessar a pista. Por causa desse medo eu quebrei minha clavícula. Eu me pendurei assim, sabe quando seguram criança de um lado e de outro? [Fez gesto de levantar os braços] Eu me pendurei com medo e aí estalou. Eu lembro vagamente, era com mamãe e um irmão".

"(...) eu sempre tive medo de atravessar a pista, como eu te contei daquela vez, que eu quebrei a clavícula, né? Eu sempre tive medo mesmo de atravessar a rua, eu sempre tive medo. Foi na época que eu quebrei a clavícula, eu tinha acho que uns cinco anos. Eu sei que eu ficava assim----. O coração disparava, a perna tremia, doía".

"Elevador é terrível, parece que vai despencando".

"Medo de trovão, até hoje eu tenho. (...) aqui em casa não, mas se eu tiver na casa dos outros. (...) aí começa a chover, quando começa a chover muito, hum! Os nervos começam----. Meu Deus! Por que eu não estou na minha casa?(...) Essa minha amiga até me dá apoio, eu queria sair por de baixo de chuva".

"Eu tinha medo de me expor pras pessoas, ler em voz alta. Nervoso como qualquer pessoa tem".

Destacou que sentia raiva quando era avaliada, ressaltando que "não gostava de ser repreendida, mas que calava por medo de explodir", como apresentado abaixo:

"(...) de me chamarem atenção, de me brigarem. Nunca gostei que ninguém chamasse a minha atenção, até hoje, né? (...) quando me chamavam atenção eu ficava com raiva, eu ficava com aquela raiva dentro de mim. Eu não explodia, tinha medo de explodir".

Informou que, neste período, "dormia próximo a cama de seus pais e costumava acordar no meio da noite para ir à cama de seus pais. Quando sua mãe saiu de casa "costumava dormir com os irmãos na mesma cama".

Posteriormente, quando indagada sobre o sono e com quem dormia, relatou:

> *"Eu dormia só. Só me acordava-----. Como eu te falei, altas horas da noite é que eu ia dormir, quando eles estavam juntos, né?[referindo-se aos pais]. Eu ia dormir com eles. Aí depois que eles se separaram eu dormia com os meus irmãos, do lado deles".*

Informou, que logo, após a separação de seus pais, sua "mãe visitava sua casa, permanecendo ali num período de três a quatro dias ", ocasião na qual seus "pais tentavam a reconciliação".

Quanto à educação, normas e regras familiares, ressaltou que seu pai não permitia que ela freqüentasse a casa de amigos ou parentes, com a exceção da casa de uma vizinha. Quanto a sua mãe, relatou:

> *"(...) rígidos. Ah! De não ir para rua. Minha mãe nunca gostou de me ver na rua, na casa dos outros. Ela queria sempre que eu ficasse brincando em casa, porque tinha espaço. Ela não gostava de ver a gente na casa dos outros.(...) Tinha medo que algum mal viesse pra mim".*

Sobre as figuras significativas do período, destacou como de grande importância e significado uma vizinha que morava próximo a sua casa, como apresentado a baixo:

> *"Uma pessoa que eu me identificava, muito importante pra mim, era uma vizinha minha. Ela gostava muito de mim. Me levava para casa dela, eu tomava banho, brincava com os filhos dela. Ela queria me levar para casa dela quando ela se mudou. Queria me levar, mas papai não deixou. (...) quando ela se mudou, eu sentia muita falta, chorava. Que eu tinha carinho, né? Atenção. Até um animal, quando a gente dá carinho, atenção, chega a se desmanchar, né? E quando ela se mudou ela vinha me buscar pra passar o final de semana lá. Eu adorava ir pra lá, mas agora ela já morreu".*

"(...) nessa faixa dos sete a dez anos eu era bem recebida na vizinha, tratada. Ela me tratava como filha. Tanto que até ela me pediu pro papai.[Referindo-se que a vizinha quis adotá-la]".

Quando questionada sobre as separações e perdas significativas do período, destacou, inicialmente a separação de sua sobrinha, a de sua mãe, a de sua cunhada (mais recente) e a morte de seu pai, que ocorreu quando B.I.M. estava com quatorze anos. Como relatou:

"Quando ela foi embora [referindo-se a sobrinha], até um dia desses a mamãe me contou, que eu chorava muito a falta dela. Aí mamãe diz assim: 'Tu choraste por causa dela, e ela nem chorou por causa de ti'".

"Minha mãe, né? Eu senti muito a falta de minha mãe. É difícil falar sobre isso.//----// Naquela idade né?//----.//. Eu não sei nem te dizer como me senti. //----//. Eu não sei te explicar se eu me sentia abandonada, se eu me sentia rejeitada.//----//. Eu não sei te explicar. Eu devo ter pensado que eles se separaram porque brigavam muito".

"Ah! O que eu senti muito também foi a morte dessa cunhada, mas não foi nessa idade. Foi agora, há uns cinco anos----. Minto, é o tempo que eu estou com esse problema, três anos. Eu também senti a morte dela. Ela era muito minha amiga, eu senti aquele impacto".

"Teve meu pai também, aos quatorze anos. Por que quando ele morreu----.Pra mim----. Eu vou te dizer que eu não chorei. Eu não chorei quando ele morreu. Pra mim era assim, como meu pai tivesse viajado. Feito uma viagem que ele ia voltar. Todas as noites eu sonhava assim, eu não via meu pai morto. Por muito tempo assim. Por muitos anos eu passei assim. Aí eu acordava, eu sonhava né? Que ele chegava. Aí eu acordava. Aí eu pensava: 'não! É mentira, ele não vem mais' (...) Foi difícil né? Eu tinha aquele costume de esperar ele vim do trabalho, né? Sempre ele trazia alguma coisa pra mim.. (...) hoje em dia eu já aceitei".

Foi observado que B.I.M., ao relatar as perdas e separações ocorridas, apresentou-se triste e saudosa. Seus olhos tornaram-se mais úmidos que de costume e as lágrimas rolaram em seu rosto. Sua voz podia ser ouvida como um lamento, um murmúrio de uma dor do passado mas ainda presente.

6.4.3. Sobre a ansiedade de separação

Quanto as questões relacionadas a ansiedade de separação, B.I.M. inicialmente destacou que, antes mesmo de sua mãe separar-se de seu pai, costumava sentir saudades, quando distante de sua mãe, como apresentado abaixo:

> *"(...) da minha mãe, quando ela tava fora de casa, sempre passava a maior parte do dia sentindo saudade dela".*

Prosseguiu, descrevendo a separação de sua mãe e de sua sobrinha. Destacou o comportamento de suas filhas em relação a ela, como apresentado a seguir:

> *"O mais difícil foi dos meus pais né? Chorava a falta de minha mãe, porque geralmente o filho é mais ligado, mais na mãe, né? Pelo menos as minhas aqui são [referindo-se as filhas] mais ligadas a mim. Elas gostam do pai delas, mas tudo o que elas querem, elas vão comigo né? Elas vão comigo. A mãe é a figura principal né? Sentia muita saudade dela".*

Após o relato acima, B.I.M. começou a chorar. Com as mãos no rosto, expressava a dor e a saudade da separação, ao mesmo tempo em que reclinando seu corpo sobre a cadeira, tal como fazia na infância, quando buscava no quintal a sua árvore, revivia no aqui e agora o abandono e a solidão. Após alguns minutos interrompeu o choro, enxugou seu rosto e dirigindo-se aos pesquisadores prosseguiu seu relato:

> *"Eu tinha na época sete e ela tinha cinco. Ah! O que eu senti foi a falta da minha irmã [Referindo-se a separação de sua sobrinha], que a gente era----. Eu sou dois anos mais velha que ela. A gente brincava, a mamãe*

conta que eu chorava muito a falta dela. Foi difícil né? Por que eu tava acostumada com ela. A gente dormia junta, brincava junta. Chorei bastante, senti a falta dela".

Quanto ao lugar especial que gostava de estar, em seu relato, destacou o quintal de sua casa e nesse uma árvore como apresentado abaixo:

"(...) no quintal de casa, geralmente numa goiabeira, ficava horas e horas trepada na árvore. (...). eu não sei nem te explicar porque eu gostava, ficava sozinha".

Quanto ao tempo dedicado por seus pais a ela , considerou:

(...) Não, não teve esse tempo de contar estórias não, até porque eram muitos filhos né? Não chegou pra mim o tempo que eles davam pra mim".

Quando questionada se costumava sair sozinha, respondeu:

"Não, eu não saía sozinha. Naquela época eu não saía sozinha. Só saía acompanhada, pro colégio. Meus irmãos iam me levar e me buscar".

Sobre o que sentia, quando estava sozinha descreveu:

"Ficar sozinha era triste, é triste ainda, a gente fica pensando".

6.4.4. Modalidade de apego

Quanto às condições da infância favorecedoras de Apego Seguro, B.I.M. respondeu que não se identificava com essa descrição, considerando que essas condições não estiveram presentes. Contudo, respondeu afirmativamente para as condições relacionadas às Modalidades de Apego Ansioso Resistente e Evitante, como apresentado a seguir:

1-APEGO SEGURO (AS) – (NÃO)

"Meus pais ou as pessoas que cuidaram de mim estiveram disponíveis, oferecendo cuidados e ajuda necessários ao meu desenvolvimento".

"Não, acho que não, esse não foi meu caso. (...). Foi a separação dos meus pais, né? Eu era muito novinha. Foi na época que eu precisei de mais cuidado, e não tive carinho e---- Tudo isso. Eu sempre fui uma criança muito retraída". [B.I.M. neste momento baixa a cabeça ,mantendo-se assim por alguns minutos, levantando-a apenas quando chamada pelo pesquisador].

2- APEGO ANSIOSO RESISTENTE (AAR) - (SIM)

"Meus pais ou as pessoas que cuidaram de mim, mostravam-se disponíveis em algumas ocasiões e em outras não".

"Isso tá mexendo comigo.//----// Era, em algumas sim, outras não, como tu falou".

"Eles estiveram presentes quando eu era bebê, né? E na minha idade de um a sete anos. Aí depois se separaram, foi o período que eu mais senti falta, né? Sabe que nessa idade a gente sente muita saudade da mãe? E eu tinha".

" Meus pais ou as pessoas que cuidaram de mim costumavam usar ameaças de me abandonarem".

"Não, eles não usaram ameaças contra mim. Meu pai no caso que ameaçava a mamãe, pra não deixar me levar, né? Por isso que minha mãe não ficou comigo, foi por ameaça do meu pai. Fiquei né? Pequena né? Não sei nem te dizer o que eu pensei no momento, uma criança de sete anos, ela não tem ainda----. Não sabe nem o que tá certo, nem o que tá errado".

3- APEGO ANSIOSO EVITANTE (AAE) - (SIM)

"Meus pais ou as pessoas que cuidaram de mim não estiveram disponíveis, oferecendo cuidados e ajuda necessárias ao meu desenvolvimento".

"Com certeza, não estiveram disponíveis mesmo. Até na minha adolescência não estiveram, que eu precisei de muito apoio né? Na época que meu pai morreu, eu tinha quatorze anos e minha mãe não tinha condições de me dar aquele apoio que eu precisava. Eu continuei morando com os meus irmãos, eu já tinha me habituado com essa vida né? De viver separado, aí não me adaptei morar mais com minha mãe".

"Só que também me prejudicou né? Já pensou tu não ter apoio de ninguém? Eles acordavam, iam trabalhar [Referindo-se aos irmãos] e eu ficava sozinha em casa. Quando chegava a hora do colégio, eu ia pro colégio, e quando eu chegava não tinha pai, não tinha mãe. Aí eu me apoiava em quem? Nos meus amigos, eu ia pra casa das minhas amigas".

Quando questionada acerca de como sentia-se para explorar o mundo, crescer e viver, B.I.M. respondeu que "não se sentia segura para explorar o mundo, crescer e viver". Quanto às condições e características pessoais relacionados às Modalidades de Apego Ansioso Resistente e Evitante, B.I.M., com exceção da afirmativa referente a "expectativa de ser rejeitada e abandonada", respondeu sim para todas as afirmativas, como apresentado abaixo:

1- APEGO SEGURO (AS) - (NÃO)

" Me sentia seguro, confiante para explorar o mundo, crescer e viver".

"Se eu era confiante? //----// Nunca fui. Eu sempre tive medo de enfrentar a realidade".

"É que eu sentia que não tinha capacidade de -----. Sabe como é que é? Como certas pessoas. //----// Isso tá mexendo comigo! Mas também como te falei, eu não tinha apoio de ninguém, não tinha quem conversasse comigo, passasse isso pra mim. Da minha cabeça eu tinha medo de enfrentar. Ao mesmo tempo eu tinha vontade e ao mesmo tempo eu //---- //. Eu tinha medo. [Com os olhos cheio de lágrimas]

2- APEGO ANSIOSO RESISTENTE (AAR) - (SIM)

"Me sentia ansioso para explorar o mundo, crescer e viver".

"Eu tinha muita ansiedade mesmo. Eu sempre fui ansiosa. Até por que essa ansiedade, até hoje com minhas filhas, elas têm essa ansiedade que eu tinha. Quando ela [Referindo-se a filha mais nova]vai fazer qualquer coisa, até eu observo o jeito dela, era como eu. Ela fica assim naquela ansiedade, que dá um pouco de nervoso, entendeu? Eu tinha esse tipo de coisa quando era menina.(...) desde bem novinha. Eu chamo atenção da minha filha, aí ela fica assim, com aquele nervosismo, por isso que eu quero levar ela no psicólogo. Porque ela tem um pouquinho do que eu tive quando eu era menina".

"É uma coisa assim fora do normal. Eu acho que quando eu chamo atenção dela, ela fica fora do normal, ela é----. Um pouco assim-----. Ela não é muito calma. Ela é um pouco assim----. //----//. Como é que a gente dá a palavra? É muito agitada. Um dia eu pedi pra ela ser um pouco mais calma, ter mais paciência. Também eu não tinha isso, nem calma, nem paciência. Quer logo entendeu?(...)eu me sentia assim ansiosa pra explorar o mundo"

"Precisava muito de outras pessoas para explorar o mundo, crescer e viver".

"Com certeza, precisava sim. Precisava de apoio também. Tanto que eu procurava nos meus amigos, né? Conversava com os amigos. Com meus irmãos não conversava muito, tinha aquela vergonha de conversar com homem né? Ainda mais que eram oito homens e só eu de mulher. Aí eu conversava com meus amigos".

3- APEGO ANSIOSO EVITANTE (AAE) - (SIM)

"Esperava ser rejeitada e abandonado pelas pessoas que cuidaram de mim".

"Se eu era rejeitada? Rejeitada eu não era. Não, não pensava não. Pensava que eles iam dar apoio, né? Carinho, que uma criança precisa né? Mas nesse período[Referindo-se a adolescência] eu não tive né? Amor, né? Amor que a gente precisa. Eu me achava assim uma criança triste. [Lágrimas nos olhos, escorrem no rosto]. (...) eu não sei nem te falar como era essa tristeza".

"Não tinha confiança de que quando buscasse ajuda, seria ajudado".

"Tá mexendo comigo[Chora]. Lê de novo, eu não tinha confiança-----".

"Não, não tinha, por que nós éramos muitos filhos né?//----// Eu não sei porque tu tá mexendo hoje comigo [Referindo-se a P2]. Hoje a entrevista tá ruim, eu tô assim----.

"Não, eu tô bem, eu tô bem sim. É porque eu não sei o que aconteceu, sabe?//----// ".

"Não, tudo bem, vai passar. É que alguma coisa me tocou. Tocou lá----. [Levou a mão ao coração].

B.I.M., nesse instante, começou a chorar. Dividia com os pesquisadores suas mágoas, a dor do abandono e a raiva. Numa atitude empática, como base segura, os pesquisadores apoiavam-na na reconstrução de sua história. Ela prosseguiu seu relato, num tom de voz bem mais baixo que o habitual. Lágrimas ainda banhavam seu rosto, quando destacou mais uma vez:

"Não, não tinha confiança não. Como eu te falei ainda agora, nós éramos muitos irmãos e meus pais não tinham condições de dar ajuda que eu precisava. Eu não tinha ninguém, então eu ia pra casa dos meus amigos, eu nem encostava em casa, fazia hora, sabe como é? O que eu passei! Foi muito difícil".

"Procurei viver minha vida sem amor e sem a ajuda dos outros".

" //----// Também. Eu nem sei te explicar como era que eu fazia. Imatura né? Como é que uma criança de doze, treze anos ia fazer? //----//.(...)mas eu precisei de amor, não consigo viver sem ajuda, sem cuidados".

6.4.5. O final da infância e adolescência

B.I.M. destacou que durante este período "sentiu-se muito sozinha", pois seu pai havia morrido e ela ficara com seus irmãos. Às vezes costumava passar os finais de semana na casa de sua mãe para "brincar com sua irmã", ou seja, sua sobrinha, filha de sua irmã mais velha.

B.I.M. e seus irmãos, após a morte do pai, sofreram limitações financeiras, influenciando a qualidade de vida de seu grupo familiar. Informou que costumava almoçar no colégio ou na casa de uma vizinha como também que algumas vezes ia almoçar na casa de sua mãe. Sobre seus hábitos alimentares descreveu:

"(...) as vezes eu não ia nem com o almoço pro colégio. (...) as vezes eu dormia até com fome".

Destacou acerca de seus hábitos de higiene que estes não eram muito adequados, pois não havia ninguém que pudesse lhe orientar. Quanto às tarefas doméstica ela era responsável por essas atividades. Sobre seus sentimentos destacou:

"(...) não, não era muito boa não, que era eu que lavava a minha roupa. (...) eu lavava com raiva, né? Puxa! Não tem a ----. A mãe da gente que lava, né? E a gente tem que lavar com muita raiva".

Quanto a vida escolar neste período, destacou que gostava de ir ao colégio diferenciando este ambiente ao de seu lar, como apresentado a seguir:

> *"Mas eu gostava de estar no colégio, por que eu tava perto de amigos, de pessoas né? Eu gostava de estar lá. Quando eu voltava para casa começava tudo de novo, a solidão, né? Eu não tinha pai, não tinha mãe".*

Relatou que repetiu a segunda série do segundo grau, pois "matava aula" para sair com as amigas. Aos domingos, "gostava de ir à piscina com as amigas, aos shows e às festas. Posteriormente, considerou que interrompeu os estudos porque não havia ninguém para apoiá-la, como apresentado abaixo:

> *"Por que eu tive uma vida muito//--// desorientada. Tu já pensou? Eu vivia assim----, vamos supor, vagando. Sabe aquela pessoa que vive vagando? Não sabe o que quer, sem orientação de nada. (...) porque eu não tive apoio ,alguém que me apoiasse. (....). Aí eu parei mesmo//--// Por que eu podia também estudar por conta própria né? Mas eu não tinha aquela força de vontade. Eu não tinha entendeu?"*

Ressaltou que nunca fez uso de drogas e que não era tabagista. Quanto ao uso do álcool, destacou que bebia socialmente, "pois tinha muito medo de que as pessoas brigassem com ela".

Descreveu que gostava de passear de bicicleta Nesses passeios, sempre elegia como destino a casa de sua mãe, destacando que, na época, era muito seguro o bairro em que sua mãe morava.

Informou, que, "seu maior desejo", nesse período, "era ser professora de educação física", e, por isso, no colégio, praticava natação, atletismo e ginástica.

Destacou, que no início de sua adolescência, "era tímida, com poucos amigos, não gostava de estar em grupos" e "sempre preferia uma única amiga a muitos amigos". Identificou, como figura de apego, nesse período, uma amiga predileta, sua vizinha, afirmando que "faziam tudo juntas e saía de casa sempre com essa amiga".

Ao ser questionada sobre comportamento de liderança, destacou que "não gostava de liderar, pois se achava menos capaz" de que outras pessoas. Sobre seus sentimentos destacou:

> *"Por que me achava menos capaz que outra pessoa. (...) eu não achava que era inteligente naquela época. (...) as vezes eu me sentia incapaz, porque a gente tem medo, né? Tem medo, né? De ----. Medo de ----. Enfrentar, né? As coisas, a vida . (...). Acho que é medo o que eu sempre tive, inibição".*

Contudo, afirmou, que, com o passar dos anos, sua "timidez foi diminuindo" e ela "tornou-se sapeca, passando a namorar escondido de seus irmãos". Destacou, também, que tinha "muito medo de não corresponder as expectativas de seus irmãos, preocupando-se, também, com a possibilidade de engravidar".

Embora tenha afirmado que seu comportamento de inibição houvesse diminuído, nesse período, destacou a ansiedade que sentia nas situações onde pudesse estar sendo avaliada, ou fosse exposta a um grupo de pessoas, situações as quais eram vivenciadas e enfrentadas com significativo desconforto, como mostra seu relato abaixo:

> *"Na escola eu ficava com aquele nervoso//--//. Porque geralmente o professor de matemática, ele chamava a gente pra ir na lousa. Ah! Eu ficava agitada, nervosa. Tremia, o coração disparava, mais ia".*

Quanto às outras situações, temidas ou enfrentadas com elevado desconforto, destacou, também, o medo de falar em público, como apresentado a seguir:

> *"(...) eu ficava com um nervoso. Eu ficava com um nervoso de----. Sempre que eu falava, era isso. Eu tinha que enfrentar, né? Aí eu gaguejava, né? Eu sempre gaguejava. Me dava aquela coisa[Simulou falta de ar, levando a mão a garganta]".*

Prosseguiu descrevendo o medo de não ser amada e de como se sentia ao perceber que não era querida:

> *"(...) assim de não ser//----// amada pelas outras pessoas. Chega assim um ponto, tenho esse medo também, de eu me sentir assim----. Que eu não-----. Que eu era muito assim, desprotegida. Que não era amada, sabe como é? Até um tempo desses eu tinha isso. Eu achava que ninguém gostava de mim. Eu não sei se eu botava as coisas na minha cabeça.(...) Tudo isso mexia comigo, da pessoa não gostar de mim, de eu não ser querida, de eu não ser----. Sabe? Eu era muito sentida".*

Relatou, que, aos doze anos de idade, "quase foi violentada sexualmente, por um vizinho", e que a "experiência foi traumática", como apresentado a seguir:

> *"Terrível//----//. Traumatizante. Foi terrível, olha! Foi uma coisa terrível. Foi num aniversário que teve na casa do meu vizinho. Só que não aconteceu isso, graças a Deus. Porque o pessoal, parece que----. Não sei o que aconteceu, parece que observaram minha ausência. (...). Ele me chamou, me puxou, não sei nem te dizer direito como foi..//----// Aí ele me levou pro banheiro, me lembro mais ou menos, mas eu não cheguei a ser violentada não. (...) as irmãs dele chegaram a tempo".*

De acordo com B.I.M., a menarca ocorreu aos 14 anos de idade. Informou que se "sentiu muito envergonhada, pois só havia homens em sua casa" nessa ocasião. Também, referiu que "ninguém de sua família a orientou quanto à chegada da primeira menstruação, e sobre a sexualidade, que aprendeu sozinha, na escola ou com amigas".

Segundo B.I.M., sua primeira experiência sexual ocorreu aos dezesseis anos. Em seu relato, ressaltou que não estava apaixonada pelo parceiro, identificando-a como "uma descoberta".

Aos vinte anos de idade "freqüentava as festas e gostava de dançar, mas geralmente ia escondido de seus irmãos". "Gostava também de namorar", mas enfatizou que "só teve dois namorados significativos", na qual o tempo de relação foi longo. Um desses é seu atual companheiro.

Sobre a fase de namoro com o companheiro atual e sobre o casamento destacou:

> *"(...) então quando eu conheci o X. eu estava assim muito----. Eu tava num período de minha vida muito difícil. Sem apoio, entendeu? Sem apoio financeiro, sem apoio amoroso, sem tudo. Eu tava assim numa pior, como dizem né? Aí eu encontrei quem me deu apoio, quem me deu carinho, quem me deu atenção, num período assim muito carente da minha vida, né? Sei, que eu entrei de cabeça né? (...). Eu acho que eu tava vagando. Aí quando vi tava grávida".*

6.4.6. Vida adulta

B.I.M. também descreveu-se como uma "pessoa muito reservada e com poucos amigos". Sobre os amigos atuais destacou uma amiga da adolescência, mas que mudou de cidade, uma vizinha e, por último, indicou sua mãe.

Quando indagada como relacionava-se com essas pessoas destacou:

> *"É com quem eu mais converso, é ela[Referindo-se a vizinha] sim e com minha mãe agora, né? Que nós [Referindo-se a ela e a mãe] estamos mais próximas, saímos muito juntas, conversamos. Agora eu tenho mais facilidade----.Eu----. Depois que fiquei com X., eu me abri mais com ela, fiquei mais aberta. Por que antigamente eu tinha medo de falar certas coisas pra ela. Agora não, eu falo. Ela acha graça. Mas freqüento pouco a casa dos amigos".*

Sobre a amiga, destacou que a "encontra todo final de semana, que costumam sair juntas para as compras, ao shopping, à missa, pois sua amiga tem automóvel". Informou, que, durante a semana, "costuma ligar para sua amiga freqüentemente". Acrescentou, que, também, é comum e muito freqüente "ligar para sua mãe durante toda a semana".

Sobre as atividades domésticas, afirmou, que, "geralmente não pode ir para a cozinha, ficando sua cunhada responsável pelos serviços domésticos". Ressaltou, também, que, quando pode cozinhar, o "faz por obrigação e dever".

Ainda sobre as atividades do lar, relatou:

> *"Eu não gosto de casa, não suporto cuidar de casa, mas assim pra fora eu gosto. Eu só não enfrentei mesmo um trabalho por causa do meu nervoso. Mas acho que eu----. Eu tenho pra mim, que eu consigo. Eu acho que eu já consigo. Eu adoro essas coisas assim, eu não gosto nada----.Por exemplo, assim de costurar, lavar, passar, essas coisas assim. Viche Maria[5] ! (...). eu faço, mas eu não faço com gosto. É por obrigação".*

Acerca de como se sente em casa, destacou, que, dentro de casa, sente -se protegida, e quando questionada sobre o motivo, afirmou: *" (...) porque eu tô em casa. Eu tô fora do mundo".*

Quanto a sua primeira e segunda gravidez, informou que as mesmas não foram planejadas. Destacou, que, durante todo o período de sua primeira gestação, apresentou enjôo.

Acerca de sua primeira gravidez, ressaltou:

> *"Com vinte anos eu engravidei, mas eu já estava mais----.Quer dizer, não tava amadurecida ainda totalmente, tanto que senti um impacto quando eu soube que estava gestante. Me deu um arrependimento, eu senti um abalo muito grande, eu senti muito abalo, muito mesmo".*

[5] Viche Maria: expressão popular que significa espanto, admiração

Quando questionada acerca do relacionamento entre suas filhas, destacou:

"Minha filha C. [Filha mais velha] tá muito repetitiva. Eu digo: 'Olha C.. tu tá demais!' Ela não acredita no que ela faz. Ela tá insegura, ela é insegura. Por exemplo se ela acaba de almoçar, diz assim: 'Mãe já escovei o dente'. Eu digo :'Tá minha filha(...).' Aí ela de novo vem: 'Mãe já escovei(...)'. (...). Ela também não aceita menstruar, quando eu oriento ela diz: 'eu não quero ficar moça, eu quero ser criança!"

"Eu não sei o que ela tá sentindo[Referindo-se a filha mais velha]. Desde que M. [Referindo-se a filha mais nova] nasceu, ela ficou assim, entendeu? Ela ficou assim porque a M. nasceu. Porque só era ela, tudo era prá ela, entendeu? Então eu acho que ela----. Que tá abalando muito ela. (...) ela maltrata a irmã sem que nem pra quê, sabe? Ela é ríspida, não tem paciência. Tá difícil a convivência entre elas duas entende? (...) ela tem um gênio, fica mal humorada, vive me chamando, repetindo as coisas pra eu ouvir".

"A pequenina não, mas a maior tá me dando mais trabalho. A pequena----.Por que a pequenina vê eu bater na maior. Eu digo:' Vai logo fazer as tuas coisas, por que senão, se tu não começar logo, tu já vai apanhar também'. Aí ela vai embora fazer as coisas com medo, né?"

Sobre o comportamento das filhas diante das discussões do casal, destacou:

"Quando a gente briga a pequena diz----. Por que elas presenciam. A pequenina geralmente manda a gente se calar. Ela diz: 'Não brigam, não brigam, não quero que vocês brigam'. Ela sempre se mete no meio".

Acerca da relação atual com o esposo, destacou:

"Eu já quis sim várias vezes me separar do meu marido. Mas eu tenho medo. Tenho, de encarar uma vida sozinha, as minhas filhas. Criar elas só, eu tenho esse medo. (...) eu tenho que suportar, né? Tenho que viver

com ele, superar como já superei. Agora nós estamos bem. Mas já passamos muitas crises ao ponto de querer se separar.(...) a gente tem aquela amizade, respeito por ele ser o pai das minhas filhas".

Quando solicitada a identificar as características da relação, entre ela e o esposo, destacou: "amizade, companheirismo, cumplicidade, acolhimento e compreensão.

B.I.M. informou, que seu companheiro é "viciado em jogo e em mulheres". Ressaltou, que, atualmente, ele "deixou o vício pelas mulheres", mas "sempre perde dinheiro no jogo, muitas das vezes comprometendo o orçamento familiar", e, que, por esse motivo, "há desavenças constante entre eles".

Quando solicitada a descrever seu companheiro, relatou: "dependente e muito pessimista ". Prosseguiu seu relato, acrescentando:

"Ele faz muita coisas erradas. (...). ele acha que quando eu tô chamando atenção dele eu estou humilhando ele, entendeu? (...) aí como eu sei que ele não tem como debater comigo, né? Ele sempre se sente logo enfraquecido, aí eu----. Aí eu parei. (...). Tudo é eu quem resolvo. Olha agora, estou resolvendo o negócio da casa. É tudo eu. Ele é muito desinteressado".

"Eu não----. Eu não compreendo ele. Ele é muito estranho. Ele é muito assim----. Eu vou te dizer, o X. é muito inseguro, ele é muito pessimista (...)".

"Ele gosta de conversar comigo, ele gosta demais de conversar comigo porque eu dou muitos conselhos pra ele, entendeu? Eu dou assim exemplo de muitas coisas pra ele. Eu dou força pra ele. Geralmente tudo que a gente vai resolver, geralmente ele coloca eu, que ele diz que eu sei me expressar melhor. Então ele sempre joga pra cima de mim, coloca as responsabilidades pra cima de mim, né?"

Sobre o comportamento do esposo, durante sua primeira gestação, destacou:

"Era viciado em mulher, principalmente quando eu tava grávida. Eu via, vinham em casa. E quando vinham não era uma, eram duas, três. Foi logo quando eu vim morar pra cá. Aí depois foi cortando".

Informou que seu esposo há aproximadamente dezessete anos, desde que retirou um rim, faz uso de medicação para ansiedade (alprazolam). Ressaltou, que, sem a medicação, o esposo não consegue dormir. Segundo avaliou B.I.M., seu esposo tornou-se dependente do fármaco, como apresentado abaixo:

"Se ele parar a medicação ele não dorme, não come, ele não sai de casa, fica super abatido, se sente mal mesmo. Fica tonto, só deitado.

Também descreveu seu esposo como "tímido e muito acanhado", apresentando, como exemplo, as situações de interação social em que o mesmo "não consegue falar, solicitando constantemente a esta que fale por ele". Entre essas situações destacou "pedir informações a um desconhecido", "falar com professores de suas filhas", "conversar com uma pessoa conhecida de B.I.M".

Informou que sempre que sai com o esposo, o "passeio acaba em discussão". Questionada sobre os motivos destacou:

"Por que ele nunca faz as minhas vontades, e eu quando tô sozinha com as minhas filhas, por exemplo, eu tô num local, se eu entendo que eu quero comer aquilo, ah é caro! Mas eu quero comer, eu vou comer. Mas é caro, ele diz, eu não vou comprar pra ti".

Segundo B.I.M., são comuns as discussões verbais entre eles, "porque ela não é muito econômica, porque ele gasta dinheiro no jogo, porque ele não tenta, desiste sempre no meio do caminho e esta sempre pronto para defender um familiar e não ela". Sobre as discussões destacou:

"(...) eu agrido ele verbalmente, mas ele me agride também. (...) eu digo que ele é (...). Quando eu irrito ele aí ele me manda embora daqui, diz que não agüenta mais viver comigo. Que ele só agüenta por causa das minhas filhas, aí eu calo. Aí depois que ele fica com raiva de mim, ele

fica de cara feia o dia todo, não quer falar comigo, aí eu tenho que agradar[risos] eu tenho que agradar ele. Aí ele diz: eu não quero conversar contigo, eu não quero papo contigo. Aí vai, vai, aí depois eu consigo trazer ele pro meu lado".

"(...) se tu não tem apoio do marido, de quem tu vai ter? (...) Puxa, tu gosta mais da tua família do que de mim? Tu te sente pequena né? Como eu já me senti várias vezes. Eu me sentia rejeitada, eu não era amada, entendeu como é?

"Eu não sentia apoio nele, no começo de nossa relação. Era quem eu podia me apoiar. Até antes do meu problema ele ficava sempre do lado da família dele e não de mim. Isso aconteceu desde o começo da minha relação".

B.I.M., ainda a respeito de seu esposo, o descreveu como uma pessoa "próxima e distante", e, "alegre e triste", como apresentado abaixo:

"Por que as vezes ele estava próximo, tinha vezes que ele se ausentava, saía----. Aí eu ficava sozinha, tantas vezes----. Aí quando ele chegava a noite eu dizia:' Poxa, tu sabe, eu tô nessa situação[Referindo-se as crises de pânico] e tu não fica comigo?' Por que a verdade é a seguinte, incapacita a gente de fazer certas coisas".

"Comigo ele não é muito não. Na minha doença, assim que eu tive ele era próximo de mim. Mas ele ficou muito ausente também. Tinha momentos que eu precisei----". "Ele brigava comigo quando eu estava nas minhas crises. Ele dizia que era pra mim----.Que era frescura. Ele não tinha paciência comigo".

"Quando eu mais precisei dele ele não tava do meu lado. Eu chorava".

"É presente, mas tem dias que sai de manhã e só volta a noite. As vezes eu vou atrás dele, vou ver o que ele está fazendo. Ele é distante de mim (...)".

"Hoje ele tá mais ou menos disponível. Sai comigo".

Enfatizou sua preocupação quanto ao estado de saúde do esposo e destacou, que, quando está na rua, sempre telefona para casa buscando certificar-se que ele está bem. Destacou, também, que sente a ausência de X. quando este está fora de casa, como apresentado abaixo:

"(...) eu sinto assim, quando ele tá na rua, eu sinto a falta dele, a presença dele aqui em casa. Por mais que eu não tenha aquela interação totalmente com ele, mas eu sinto a falta dele, entendeu como é?

Como características positivas de X., destacou: "Calmo, me trata bem, não bebe, não fuma, muito carinhoso e dedicado com as filhas, quando as filhas adoecem ele chora e é muito preocupado com elas" .

Destacou, sua preocupação quanto à separação entre o pai e as filhas, caso a separação conjugal ocorresse, como apresentado abaixo:

"Isso que eu acho legal nele, sabe? Muito preocupado com as filhas. Foi isso que me chamou atenção entendeu? [Referindo-se a isso como um dos motivos de não ter separado-se do esposo] Delas perderem o convívio com o pai que ele é muito carinhoso com elas, entendeu? Ele é muito carinhoso. A noite ele levanta, vai cobrir elas entendeu? Se preocupa até mais do que eu".

B.I.M. enfatizou que depende financeiramente e emocionalmente de seu esposo, como apresentado abaixo:

"Até hoje ainda dependo, né? Quando eu tô doente. Quando tô me sentindo ruim, eu gosto que ele esteja sempre perto de mim. Digo pra ele: 'Olha eu tô me sentindo ruim hoje, não sai, fica perto de mim'.

Porque isso sempre vem, né? Tem dias que eu----. Eu passo meses sem ter, mas tem vezes que sempre vem de novo aquilo, sabe? Quando vem eu já fico tensa. Sabe, eu fico logo preocupada, aí eu rezo. 'Poxa, lá vem isso de novo?' Mas eu acho que agora vem, mas não vem mais com aquela força, sabe? Como vinha no começo. Até porque eu já me cuido né? Já sei lidar com esse problema.

Quando B.I.M. relatava sua vida atual e cotidiana, após descrever seu companheiro e a relação entre eles, questionou:

"Puxa, o que eu fiz de minha vida? Eu parei de estudar, comecei uma relação muito nova, eu podia tá trabalhando né? Eu podia tá formada .Então tudo isso me dava aquela----. Como é que eu posso dizer? Aquela tristeza. Já era pra mim ter uma casa própria. Eu sofri muito com isso".

Quando questionada sobre suas características, enquanto mãe, B.I.M. relatou que se considera uma "mãe boa ,amorosa, carinhosa e muito preocupada com a alimentação, saúde e higiene de suas filhas". Contudo, considerou que exige que suas filhas tornem-se mais independentes, como apresentado abaixo:

"Eu----. Acho que amorosa, carinhosa, mas brigo quando preciso. Sou boa mãe porque me preocupo com a saúde delas, com a alimentação, com higiene (...). Eu sou descuidada em alguns aspectos. Eu faço com que elas fiquem mais independentes, todas as duas. Eu digo: 'Tu vai esperar.' 'Ah não!' 'Agora não, eu tô na hora do meu sono'".

Destacou, também, que é uma mãe "ansiosa, enfraquecida, triste e preocupada", como apresentado abaixo:

"Eu sou uma mãe ansiosa. Até por que eu acho que eu sempre fui e não percebia .Eu acho que sempre fui ansiosa. A C. [referindo-se a filha mais velha] diz: mãe a senhora é muito agoniada, afobada. Por exemplo, na hora de ir pro colégio, eu quero que elas façam as coisas com mais rapidez, na hora que elas estão se alimentando, que elas se alimentem.

Eu fico preocupada, eu digo pra elas que é ansiedade. Eu me admiro de ser uma mãe preocupada. Quando saio vivo telefonando pra saber se já comeram, se estão bem".

"(...) se eu estiver fazendo alguma coisa lá dentro, elas tiverem aqui, na brincadeira, eu não fico tranqüila. Aí eu venho, eu não vou ficar tranqüila lá fazendo minhas coisas. (...). Meu pensamento sempre tá nelas, por que eu tenho medo que aconteça alguma coisa. E já aconteceu vários casos assim, de irmãos brincando, um acidente, a vezes um furo o olho. (...) eu tenho pavor, eu fico lá, mas o pensamento já fica oh! Eu fico agoniada".

"Quando eu tenho que me ausentar, mas elas sentem a minha falta, muito a minha falta. Eu sempre que estou na rua eu fico telefonando:' Olha, como é que tá?' 'Já tomou banho?'' Já lanchou?' Eu fico sempre telefonando, várias vezes. (...) Elas dizem: Vem logo pra casa, nós não vamos almoçar , não vamos merendar, fazem chantagem comigo, entendeu como é?"

"Forte----. Eu já fui mais forte. Eu já fui muito mais, agora eu não sou totalmente. Eu tô mais enfraquecida. Eu tô me fazendo de forte. Eu tô me esforçando para ser forte. Tô reagindo ao que passei"

"Eu sou uma mãe triste. Eu sou assim, eu passei por esse problema, antes não, eu não tinha. (...). Um dia desses elas [Referindo-se as filhas] perceberam que eu chorei vendo televisão. Ela disse: 'Mamãe por que tu tá chorando mamãe?' Elas ficaram preocupadas e tristes também"

"Que eu admiro//--//que eu sou uma mãe preocupada, né? Me preocupo muito com elas, e geralmente em termos de rua eu não deixo elas ficarem assim, é muito difícil elas irem pra rua. Eu não deixo".

B.I.M., após descrever-se como uma "mãe enfraquecida" relatou como sentiu-se, após a terceira sessão de psicoterapia a qual havia iniciado recentemente, como apresentado abaixo:

> *"Agora eu tô mais forte por que ela [Referindo-se a psicóloga] passou isso pra mim ontem. Aí isso, passou mais----. Me deu mais aquele ânimo de viver".*

B.I.M. descreveu como sentiu-se e como costumava comportar-se, quando suas filhas começaram a andar, como apresentado a seguir:

> *"A fase de andar né, eu acho também que foi por isso que peguei o estresse também. Eu era aquela mãe que ficava ali, pra não cair sabe? Segurando na mão, se acontecesse alguma coisa eu tava ali. (...) o pior período pra mim foi a fase que elas começaram andar, me cansou muito e porque também o pai jogava toda responsabilidade pra cima de mim. 'Olha, se ela cair a culpa vai ser tua', ele dizia. E aquilo eu ficava com uma grande responsabilidade".*

No que diz respeito a educação e orientação das filhas, B.I.M. descreveu-se como uma "boa mãe na parte da educação" , ressaltando que para sua filha mais velha ela não "dá muita atenção" como mostra seu relato abaixo:

> *"Eu sou uma boa mãe na parte da educação. É assim, nessa parte da educação, pra essa minha filha mais velha eu não dou muito atenção. Assim //--// aos estudos, né? Até porque esse problema mexeu muito com minha cabeça, entendeu? Eu geralmente eu não ensino a minha filha mais velha, quem ensina é a madrinha dela. Os deveres de casa ela faz lá na casa da madrinha dela. Agora a menorzinha eu ensino. Pra menorzinha eu ainda ensino, mais a maior é muito pouco que eu participo".*

Quando questionada sobre o motivo de não orientar a filha mais velha, quanto às atividades escolares indicadas para serem desenvolvidas em casa, destacou que "não tinha paciência e ninguém que a ajudasse nessa atividade". Informou que às vezes se aborrece e usa o cinturão para a filha não desobedecê-la, como apresentado abaixo:

> *"Ela tá muito birrenta, maçante e acaba apanhando. (...) eu tenho que estar disponível, mas eu não tenho nenhuma ajuda. Não tenho quem me ajude, entendeu? Quando a gente tem uma família né? Eles te ajudam(...). Tu olha pro lado , olha pra outro e não tem ninguém. Só tem tu mesma. Mesmo que tu não esteja disponível tu tem que estar".*
>
> *"(...) aí eu me irrito, ela é maçante e teimosa e bato com o cinturão nas pernas".*
>
> *"(...) ela é birrenta, não aceita que eu chame muito atenção, tu tá entendendo? Não aceita que eu bata nela. Ela não gosta, ela fica com raiva de mim".*
>
> *"(...). Aí eu digo: 'Olha C.[Filha mais velha], tu não eras pra apanhar, tu apanha por causa da tua teimosia, da tua birra. Por que se tu aceitar o que eu proponho pra ti, se tu vê que o que eu tô falando pra ti, que eu tô certa, você assimilar isso, se você fazer as coisas corretamente, não vai apanhar'".*

Quanto a filha mais nova, informou que esta apresenta enurese noturna, observando que atualmente ocorre com menos freqüência. Informou também que desde agosto de 1999 sua filha mais nova não pode cansar-se muito, pois se o faz sente falta de ar. Ainda a respeito de sua filha mais nova, destacou:

> *"Por que a pequenininha, ela é muito carinhosa, muito agarrada comigo. Ela chega e diz: 'Oh mãezinha! Sabe como é? Ela é muito, a mais carinhosa. Então a mais velha pensa assim, que eu gosto mais da menor do que dela. Mas não é, é porque a mais nova é mais carinhosa, vive no meu colo. Entende como é? Ela se preocupa mais comigo, ela me*

ajuda, quando eu tô limpando assim a casa, ela vem: 'Mãezinha deixa eu te ajudar mamãe?' Já a mais velha não me oferece ajuda, a mais velha entendeu? Eu digo pra ela: 'Tu só gosta de mim por interesse. Quando tu quer alguma coisa tu vem me agradar'. Eu já expus isso a ela:' Tu só gosta de mim por interesse!'"

Ressaltou que suas filhas são "puxa-saco", ou seja, "vivem querendo agradar a mãe e tudo agradecem a ela". Também informou que "a filha maior vive brigando com a menor" por ter muito ciúme dela, alegando que a mãe "só da carinho e atenção a sua irmã mais nova," como descrito abaixo:

"(...) elas brigam por meu amor. A maior briga se abraço a menor e a menor chora se abraço a maior".

Sobre a relação entre as filhas, descreveu:

"Elas são muito desunidas. A C. [Filha mais velha] é muito mal humorada. As duas tem ciúmes uma da outra. Se uma vem sentar no meu colo a outra reclama, acha que eu agrado mais uma que outra. Se é a outra? É a mesma coisa".

Informou que antes das crises de pânico costumava "brincar" ameaçando as filhas e o marido que ia embora de casa, como apresentado a seguir:

"(...) eu brincando dizia: 'Ah! Eu vou embora, não vou voltar mais.' Mas não foi pra valer não, que eu não tenho coragem".

Sobre suas preocupações atuais como mãe, destacou:

"Como eu te falei, eu não estou me preocupando, porque----. Até agora eu domino, elas fazem tudo o que quero, eu domino. Mas vai chegar um tempo que eu não vou conseguir, elas vão escapar. Pelo menos eu seguro elas assim com a minha mão,[Mostra sua mão fechada] depois elas vão[Abre a mão]//--//. A idade vai chegando, vai ser mais difícil pra mim.//----// Elas vão embora".

Descreveu sua "preocupação e medo de não ser uma boa mãe", como apresentado a seguir:

> *"(...) medo assim por exemplo ,vamos supor, de eu não ser uma boa dona de casa, de eu não ser uma boa mãe "*

> *"Graças a Deus até hoje tô cumprindo com a minha obrigação. Mas antigamente eu me preocupava. Toda vez que chegava uma pessoa aqui em casa, (...) elas iam falar que a casa estava desarrumada e dizer: Olha aquela menina é preguiçosa; ela não é caprichosa, sabe? Até hoje eu não sou caprichosa, não vou te dizer que sou, porque eu não sou. Eu sou caprichosa com as minhas filhas, de cuidar delas, delas andarem limpinhas, isso eu capricho (...). Mas em termos de casa eu não sou mesmo.*

Questionada sobre quais as semelhanças entre sua família de origem e sua família atual, destacou:

> *"(...) a igualdade que tem é que eles----. No caso, nós irmãos, brigávamos muito, né? No caso aqui em casa as minhas filhas também. (...) mas é por causa que elas sentem ciúmes, elas brigam por mim. Se a maior chega pra me abraçar, a menor já vem e puxa a maior. Aí eu digo assim: 'Nenhuma nem outra, nenhuma nem outra, vão embora'".*

A respeito do que mudaria, em relação a sua família atual, destacou:

> *"Eu mudaria meu mari----. //--// Eu queria mudar meu marido. (...) eu queria que ele participasse mais das coisas comigo. Eu não queria que ele fosse do jeito que é. Porque ele não gosta de nada. A única diversão que ele gosta é jogo e mulher, são as duas distrações. Tu já pensaste? Mas ele não gosta de se envolver, com grupos de amigos, ele não gosta de se reunir, de ficar em casa".*

Acerca do que mudaria em sua vida atual, destacou:

> *"O que eu quero mais mudar é eu mesma, ficar boa. Por que eu ficando boa eu vou enfrentar o mundo, né? A sociedade".*

Sobre as figuras significativas da vida atual, B.I.M. destacou uma amiga de 48 anos de idade e a quem é "muito apegada". Enfatizou que "adora estar em sua companhia e que essa amiga é como uma irmã para ela", como pode ser observado no relato abaixo:

> *" Sabe, eu sou apegada nela. Parece assim que somos duas irmãs. A gente se dá muito bem mesmo, olha! Sabe, quando tu te sente querida por aquela pessoa? Que tu é amada? Q que tu és bem recebida (...)? Assim, que tá lá quando tu precisar? Tudo isso faz bem pra gente entendeu?"*

> *"(...) eu acho legal, eu adoro estar na presença dessa minha amiga. Me sinto super bem. Sabe quando tu sente carinho, tu sente atenção daquela pessoa? É muito legal a gente se sentir assim".*

Enfatizou que costuma "sentir saudades dos amigos", e, que, quando sente saudades, "corre para o telefone". Ressaltou, também, que "gosta muito de telefonar", como observado no relato abaixo:

> *"(...) por exemplo, eu sinto falta de uma amiga, eu sinto falta e vou pro telefone. 'Oi, como vai?' E bato papo mesmo, eu sinto saudades, vontade de conversar. Eu sempre sinto saudades dos amigos. Corro pro fone. (...) uma coisa que gosto muito de fazer é telefonar, eu adoro tá no telefone".*

Sobre seus medos atuais, descreveu o "medo de perder sua mãe (de que a mãe morra)"; "medo de ir para um lugar distante, inseguro (mudar de casa)"; "medo de viver e medo da vida" como observado no seguintes relatos:

> *"Ah, eu tenho medo agora. Medo de perder minha mãe agora .Eu tenho sim. As vezes----. Hoje mesmo, eu vim pensando: 'Poxa, a mamãe tá doente, se ela morresse agora, como era que eu ia reagir? Ah! Não sei,*

não gosto nem de----. Ao mesmo tempo que eu penso, eu procuro não pensar, mas sempre penso. Que Deus dê saúde a minha mãe. Eu não vou sofrer antes, entendeu? Antes de acontecer eu já estou sofrendo .Não pode sofrer antes, né? Tem que esperar quando acontecer. É Deus quem sabe como a gente vai agir, né? Se eu sofrer antes vai ser pior né?"

"Eu tenho medo, eu tenho medo. Eu não digo pra ninguém, mas eu tenho medo de ir pra um lugar distante. (...). por que aqui eu me sinto segura.[Referindo-se a mudança de casa]. Eu vou ter que ir, mas eu vou com medo. Eu vou ter que ir, mas eu vou ter medo. Nesse momento vou precisar de um acompanhamento mesmo. Por que eu vou sentir muito. Por mais que a gente-----. Como eu te falei, por mais que e a gente encrenque aqui tem----, entende? Tem uma briguinha e outra, mas a gente tá próximo do outro, entendeu como é? (...). Lá longe é inseguro. Na hora da doença todo mundo corre pra ajudar, entendeu? E lá longe, como é que vai ser? É nisso que penso(...) e sofro muito pensando".

"Eu acho que eu tenho medo de----. Eu vou generalizar logo tudo né? É medo de viver, medo da vida. Por que viver pra mim, eu considero assim que----.É difícil, que são muitos obstáculos, muitos obstáculos. Eu acho difícil você lidar com o ser humano hoje em dia. Eu acho difícil. Viver é difícil".

Questionada como estava vivendo e o que fazia para enfrentar o "medo de viver", B.I.M. destacou:

"(...) aí eu nunca procurava a casa de Deus né? Me convidavam assim: bora pra uma missa? Eu achava que isso era frescura né? Aí, o de lá de cima ficou me olhando né? É, eu tô te chamando pelo amor, tu não estas me escutando, eu vou te chamar pela dor. Foi quando ele me chamou pela dor né? Eu sofri muito, foi através do sofrimento que eu fui até ele. Fui levada por----.Eu estou junto com ele, todo o tempo. Agora na dor e no amor. (...) não quero ficar separada de jeito nenhum ".

Após descrever sua relação com "Deus", relatou como sentia-se com a presença dos pesquisadores em sua casa, como apresentado no relato abaixo:

> *"Olha, vocês fazem bem pra mim, por que eu sei que vocês vem fazer esse trabalho com amor, com carinho. Então vocês passam isso pra mim. A gente se sente super bem, por que essas coisas levantam o ego da gente, bota a gente pra cima, entendeu?"*

Sobre sua relação atual com a mãe, ressaltou:

> *"Hoje? Se eu pudesse? Ah! Eu viveria lá, todo dia, todos [Risos]. Quem é que não gosta de um paparico, de um carinho, né? Pelo menos, eu adoro. Até hoje né?*

Mais uma vez, B.I.M. ressaltou sua dificuldade atual em ir ao hospital para realizar o tratamento e descreveu seu Comportamento de Apego como apresentado abaixo:

> *"Eu não gosto de ir pra lá [Referindo-se ao hospital]. Porque eu ainda----. Eu ainda não tô ainda totalmente forte pra mim ver outros casos, tu entendeu? Ainda mexe comigo, ainda me abala. (...). Ai meu Deus! Não dá pra mim ver sofrimento. Ainda não, é uma tristeza. Eu tenho que me preparar porque pode acontecer na minha família, ou algum amigo meu, uma pessoa muito próxima de mim. Que eu me apego muito nos meus amigos, demais! É uma coisa que eu não gostaria de sentir, mas eu sinto. É uma coisa que----. Eu me apego demais".*

Sobre a conclusão do trabalho e a separação dos pesquisadores, advertiu:

> *"Eu não vou largar vocês de mão. Sempre eu vou: oi, como é que tá?"*

6.5. O ENCONTRO SUJEITO X PESQUISADORES

O primeiro encontro entre os pesquisadores (P2 e P3) e B.I.M. ocorreu no dia 12 de setembro de 2000. A entrevista foi iniciada às 8:45 horas-(h.) e encerrada às 10:15 h., tendo a duração de 1:30 h. Os pesquisadores pretendiam, nessa ocasião, conhecer o sujeito, seu ambiente e cotidiano. Inicialmente, foram apresentados os objetivos do estudo e o método de trabalho. Após B.I.M. assinar o Consentimento Pós-informação, foi iniciada a coleta dos dados de identificação (Quadro 11).

Desde os contatos iniciais, realizados através do telefone, observamos o interesse de B.I.M. em participar do estudo, assim como, de receber os pesquisadores em sua residência. Nessas ocasiões, era comum destacar que "tinha o horário livre durante toda a semana para receber os pesquisadores em sua casa", como também indagar quando o trabalho seria iniciado.

Não era comum, até então, os pesquisadores realizarem visita domiciliar, ou entrevistar o cliente em um ambiente que não o consultório. Os pesquisadores estavam apreensivos e ansiosos, pois iniciariam um novo trabalho e ainda não conheciam o ambiente no qual este seria realizado. Contudo, estavam interessados e dispostos a vivenciar tal experiência.

No dia e hora previamente determinados, os pesquisadores chegaram a casa de B.I.M.. Foram recebidos por B.I.M. que sorria e cumprimentou-os, com um "bom dia" e um aperto de mão. B.I.M. encontrava-se sozinha, em casa, e, gentilmente, convidou-os a entrar. Após estes acomodarem-se nas cadeiras, previamente arrumadas em sua sala de estar, B.I.M expressou que "sentia-se muito feliz com a presença dos pesquisadores, pois assim ela podia conversar e colocar para fora o que lhe incomodava". Informou que havia "abandonado a psicoterapia" e que no dia anterior a visita dos pesquisadores havia manifestado alguns sintomas de ansiedade, tais como, palpitação, sudorese, cabeça pesada e dor torácica. Enfatizou que " achava muito bom a entrevista ocorrer em sua casa, pois desse modo não necessitaria se deslocar até o hospital".

Durante a coleta dos dados, B.I.M. apresentava fluência verbal, descrevendo detalhadamente as informações que lhes eram solicitadas. Foi observado, também, sua urgente necessidade em relatar as crises de pânico e os sintomas de agorafobia. Contudo, ao apresentar as informações relacionadas à mãe, foi observado que seu tom de voz tornou-se mais baixo, o corpo retraiu-se na cadeira e que seu rosto expressava tristeza.

Na despedida, B.I.M. mais uma vez, reafirmou aos pesquisadores "o quanto era bom ter alguém que pudesse lhe ouvir". Os pesquisadores saíram da casa de B.I.M. com a certeza de que o trabalho era viável, relevante, desafiador, apresentando-se como um convite para que os pesquisadores enfrentassem seus medos e angústias quanto ao trabalho a ser realizado. O vínculo fora estabelecido, e os pesquisadores estavam dispostos a acompanhar B.I.M. na reconstrução de suas experiências e de suas relações. Desde então, estavam conscientes que retornariam.

No dia 19 de setembro do mesmo ano, retornaram a sua casa. Foram recebidos por B.I.M., que, sorrindo, exclamou: "já estava esperando vocês!" Caminharam os pesquisadores, acompanhados por B.I.M., até a sala de estar, onde encontravam-se seu esposo e sobrinho. Após as apresentações, seu esposo e sobrinho retiraram-se do ambiente. A entrevista foi iniciada às 9:00 h. e concluída às 10:15 h., tendo a duração de 1:15 h.

Nesse encontro, nosso objetivo era o de investigar a queixa principal, por ocasião da primeira consulta psiquiátrica, assim como, conhecer a evolução quanto à apresentação dos sintomas ansiosos. Vale destacar que os pesquisadores estavam dispostos, também, a possibilitar a expressão daquilo que fosse mais emergente a B.I.M., e, caso o conteúdo expresso por ela não atendesse os objetivos previstos no roteiro de entrevista, teriam os mesmos a possibilidade de retornar a qualquer momento, quando fosse oportuno a B.I.M. .

B.I.M. inicialmente, ao descrever as crises de pânico, relatou que "era muito doloroso falar sobre isso". Questionada se gostaria de abordar outro tema que não as crises, a mesma respondeu que estava disposta a continuar seu relato.

Foi observado o interesse de B.I.M. em compartilhar suas experiências e sentimentos com os pesquisadores e a necessidade de fazer-se compreendida. B.I.M. gesticula, tocava seu corpo localizando nesse a expressão de alguns dos sintomas descritos e, freqüentemente, indagava se os pesquisadores a compreendiam. Eram comuns as expressões "vocês compreendem?"; "Entendem?"; "Sabem como é?" Os pesquisadores, como ouvintes atentos e disponíveis, estimulavam o relato de B.I.M.. com perguntas do tipo "como, por exemplo, descreva", entre outras.

Ao relatar as crises de pânico, B.I.M. apertava suas mãos uma as outras, cruzava e descruzava as pernas freqüentemente, apresentava sudorese e inquietação, mudando constantemente sua posição na cadeira. Foi observado, que descrever as crises, causava intenso desconforto a B.I.M.

Após descrever as crises de pânico e os sintomas de agorafobia, de modo espontâneo, B.I.M. descreveu sua vida na infância, enfatizando sua relação com os pais. Desse modo, muito das informações relativa aos pais, a separação desses e sobre seu sofrimento, por ocasião e após a separação de seus pais, foram apresentados por ocasião dessa entrevista.

A entrevista aproximava-se de sua conclusão e a separação com os pesquisadores ocorreria. Na despedida, B.I.M. assegurou que "estaria aguardando os pesquisadores para próximo encontro".

O terceiro encontro ocorreu no dia 26 de setembro. O tempo de duração da entrevista foi de 1:15 h. O objetivo era o de avaliar e diagnosticar a ocorrência do Transtorno de Pânico com Agorafobia, como também, a presença de outros transtornos ansiosos ou depressivos.Os pesquisadores foram recebidos por B.I.M., que, com seu habitual sorriso de "boas vindas", informou que "a pouco havia ido na rua verificar se os pesquisadores já estavam chegando".

B.I.M. sorria, ao descrever algumas das situações pelas quais havia passado e as quais atualmente haviam sido superadas, ou mostravam-se menos freqüentes, ou com menor intensidade, como, por exemplo, "enlouquecer o motorista de ônibus pedindo que ele chegasse o mais rápido possível ao seu lugar de destino". Contudo, em outros momentos, como quando descrevia o " medo de enlouquecer e medo de morrer", foi observado que B.I.M. mostrou-se inquieta e desesperançosa, o que foi confirmado pela mesma. De acordo com B.I.M. "falar sobre esses medos a deixavam apreensiva, com medo de que persistissem", destacando que acreditava "que nunca superaria os mesmos".

Concluído o levantamento dos dados, acerca da história clínica, foi informado a B.I.M. que os pesquisadores gostariam de conhecer sua história de vida. B.I.M. iniciou seu relato descrevendo a separação de seus pais.

Concluída a entrevista, e definido o dia e a hora do próximo encontro, B.I.M. acompanhou os pesquisadores até a frente de sua casa. Nos encontros anteriores, B.I.M. permanecera, na porta de sua casa, por ocasião da separação. B.I.M. durante a despedida descrevia, pausadamente, e com detalhes, "suas crenças religiosas". Foi observado que B.I.M. adiava e evitava a separação dos pesquisadores. Mais uma vez, por essa ocasião, reafirmou que estava "muito feliz com a presença dos pesquisadores"

No dia 3 de outubro, ocorreu o quarto encontro. A entrevista foi iniciada às 9:00 h. e concluída às 10:30 h., tendo duração de 1:30 h.

Nesse dia, os pesquisadores foram recebidos pela cunhada de B.I.M., a qual informou que a mesma havia saído, ressaltando que B.I.M. havia solicitado que esses a aguardassem, pois em breve retornaria. Às 8:55 B.I.M. entrou correndo, em sua casa, pedindo desculpas por sua ausência e demora. Informou que estava na feira e que "por ter muita gente, tinha demorado mais do que planejara". B.I.M. relatou que "estava cansada por ter vindo correndo até sua casa para encontrar os pesquisadores". Foi sugerido que a mesma descansasse, e, caso necessário, que poderia adiar a entrevista para outro momento. B.I.M. afirmou que "não haveria problema nenhum em participar da entrevista e que adiaria suas atividade do dia para ficar junto aos pesquisadores".

Iniciada a entrevista, quando B.I.M. descrevia os cuidados recebidos na infância, foi observado que lágrimas caíam por sobre seu rosto. Quando apresentada às condições e características relacionadas às modalidades de apego, B.I.M. informou que "aquilo estava mexendo muito com ela, mas que estava disposta a continuar"

Ainda nesse encontro, ao ser questionada sobre os medos da infância, B.I.M. informou que "não queria falar de seus medos". Os pesquisadores garantiram que a compreendiam e que poderia retomar o tema, quando assim desejasse. B.I.M. passou então a descrever a redução na freqüência e intensidade dos sintomas ansiosos em relação ao início das crises.

Também, nessa ocasião, informou que levaria suas filhas ao psicólogo, pois segundo B.I.M. "elas eram muito ansiosas". Informou, também, que nesse dia, sua mãe viria a sua casa as 10:00 h. e que sairiam juntas. As 10:00 h., como sua mãe ainda não havia chegado e como os pesquisadores tinham interesse em observar o comportamento de B.I.M., em relação a sua mãe, prorrogaram a entrevista por mais trinta minutos.

B.I.M. sugeriu que fosse antecipado o próximo encontro para o feriado que ocorreria no início da semana, alegando que gostaria muito que os pesquisadores conhecessem suas filhas. Esses informaram a B.I.M. que não havia possibilidade de estarem, ali, naquela ocasião. B.I.M. acompanhou-os até a frente de sua casa, destacando que "ia se arrumar para esperar sua mãe" a qual ainda não havia chegado.

O próximo encontro foi marcado para o dia 10 de outubro, mas não ocorreu. Na entrevista anterior, B.I.M. havia relatado sobre seus primeiros anos da infância. Portanto, tinha conhecimento, que, no próximo encontro, os pesquisadores estariam interessados em conhecer sua vida correspondente ao período dos três aos onze anos, aproximadamente, fase em que ocorreu a separação de seus pais. No dia anterior ao encontro, as vinte horas, B.I.M. telefonou ao pesquisador dois avisando que não poderia receber os pesquisadores pois tinha um compromisso para aquele dia. O próximo encontro foi sugerido por B.I.M. para o dia seguinte, ou seja, 11 de outubro. B.I.M., ao final da ligação, destacou que "estava como muita saudade do pesquisador dois".

No dia 11 de outubro foi realizada a quinta entrevista, com duração de 1:30 h. Os pesquisadores foram recebidos por B.I.M. que os saudou com um sorriso e expressou: "Estava com saudades de vocês!" No início da entrevista mais uma vez, B.I.M. reafirmou a saudade que sentia dos pesquisadores e relatou, que, no dia anterior, durante o percurso para escola de suas filhas havia se "sentido muito mal" com "tonteira, como se flutuasse". Nessa ocasião, os pesquisadores orientaram, quanto à necessidade do acompanhamento psiquiátrico e psicológico.

Após a orientação dos pesquisadores, a entrevista foi interrompida pela campainha do telefone. B.I.M. levantou-se para atender ao telefone e ao retornar, informou que alguém gostaria de falar com um familiar, que estava em casa, mas que havia dito que não se encontrava. Justificou seu comportamento alegando que "caso o chamasse a entrevista, seria interrompida e ela não gostaria que isso ocorresse".

Neste dia, B.I.M. ao descrever os medos da infância e buscando demonstrar como segurava nos braços daqueles que a ajudavam a atravessar a pista quando criança segurou o braço do pesquisador um, ocasião na qual foi percebido que sua mão estava muito gelada.

Concluída a entrevista, B.I.M. ofereceu suco aos pesquisadores e relatou a relativa melhora obtida com a medicação. Destacou também que "estava muito feliz pela ajuda e apoio recebida dos pesquisadores e que sentia-se muito bem por esses a ouvirem".

Nesse dia, diferente das separações anteriores, nas quais B.I.M. acompanhava os pesquisadores até a frente de sua residência, ela os seguiu até o ponto de ônibus, localizado a alguns quarteirões de sua casa, só retornando quando os mesmo entraram no ônibus.

No dia 17 de novembro, foi realizada a sexta entrevista e portanto, o sexto encontro entre os pesquisadores e B.I.M.. Tendo início às 9:00 h., a entrevista foi encerrada às 10:15 h., com duração de 1:15 h. B.I.M. iniciou seu relato destacando que "estava muito feliz, pois juntamente com seu esposo haviam ido conhecer a casa que estavam interessados em adquirir, assinando assim, a pré-proposta para o financiamento da casa própria. Destacou, que caso fosse aprovada, tinha intenção de mudar-se para lá entre trinta a noventa dias.

Nesse dia, seria investigada a ocorrência de sintomas de ansiedade de separação no período da infância e adolescência. Ao ser questionada sobre os sintomas de ansiedade de separação, B.I.M. informou que estava tendo dificuldade em lembrar sobre as situações, mostrando dificuldade em responder as questões. Contudo, algumas das informações referente a ansiedade na infância haviam sido descritas em seus relatos anteriores. Foi observado que B.I.M. ao descrever as figuras de vinculação importantes do período, os encontros com grupos de amigos, "suas peraltices" e a relação com amigos atuais, mostrou-se entusiasmada, sorria e descrevia detalhadamente cada uma de suas experiências. Contudo, ao relatar sobre as perdas e separações, a solidão, o abandono, as dificuldades financeiras e a relação entre os membros de seu grupo familiar, foi observado que seu tom de voz baixou, seus ombros permaneceram mais arqueados, para baixo que de costume, retraindo seu corpo sobre a cadeira. Ao final da entrevista, B.I.M. pediu desculpa aos pesquisadores por suas "peraltices na infância" referindo-se as ocasiões em que não atendeu a solicitação dos adultos, ou aquelas em que saía de casa sem que seus irmãos soubessem. Concluída a entrevista B.I.M. acompanhou os pesquisadores até a frente de sua casa.

No dia 24 de outubro foi realizada a sétima entrevista, com duração de 1:30 h. Nesse dia seria investigado o período de vida de B.I.M., correspondente a fase adulta. B.I.M., nessa ocasião, informou que na próxima semana estaria envolvida com os preparativos da festa de aniversário de sua filha e que gostaria muito que os pesquisadores participassem, alegando que a presença desses seria muito importante para ela Ressaltou, que embora houvesse muitas atividades a realizar durante a semana, mesmo assim estaria disponível para receber os pesquisadores no dia 01 de novembro. Durante a entrevista descreveu sua vida conjugal e familiar.

Concluída a entrevista, B.I.M. acompanhou os pesquisadores até a parada de ônibus, relatando sobre a situação política e econômica do país. Destacou o "abandono e sofrimento da população brasileira".

Após o estudo do caso, foi definido que os pesquisadores não iriam á festa de aniversário de sua filha. Se pôr um lado, tínhamos a oportunidade de nessa ocasião conhecer seus familiares, por outro, não atenderíamos a solicitação de B.I.M. para que fizéssemos parte de seu grupo familiar.

O oitavo encontro ocorreu no dia 01 de novembro. A entrevista iniciada às 9:00 h. foi concluída às 10:45 h., tendo duração de 1:45 h. Nessa ocasião, B.I.M. descreveu suas atividades cotidianas, a relação com as filhas e suas funções em relação às mesmas. Às 10:30, informada de que o tempo da entrevista havia sido concluído, B.I.M. solicitou aos pesquisadores que fosse prorrogada a entrevista para que descrevesse suas características como mãe.

Anteriormente, havíamos percebido que era comum, nos minutos finais de cada entrevista, B.I.M. apresentar seu relato de modo mais pausado, que de costume ou não informar acerca do que lhe era solicitado. Desse modo, para que os pesquisadores pudessem obter as informações foco de interesse teriam que prorrogar o tempo da entrevista. Também, oferecer lanche aos pesquisadores, era uma maneira de aumentar o tempo de permanência desses em sua casa Foi observado que B.I.M., desse modo, garantia que os pesquisadores permanecessem próximo a ela. Nesse encontro, os pesquisadores atenderam seu pedido prorrogando a entrevista por mais trinta minutos. Concluída a entrevista B.I.M., acompanhou mais uma vez os pesquisadores até o ponto do ônibus.

No dia 5 de novembro, B.I.M. ligou para o pesquisador dois, informando "que sentia sua falta e muita saudade". O pesquisador reafirmou que o próximo encontro ocorreria na data previamente determinada, e que nessa ocasião esta poderia relatar acerca de seus sentimentos.

O nono encontro ocorreu no dia 7 de novembro, tendo a entrevista 1:40 h. de duração. No início da entrevista, B.I.M. informou que aguardava os pesquisadores "na companhia de um livro" e fez questão de mostrar aos pesquisadores o livro. Era um livro religioso que apresentava como título "A Oração da Libertação". Após a entrevista, serviu lanche aos pesquisadores e informou que um familiar de seu esposo havia indagado sobre quando seria concluído o trabalho, o qual obteve de B.I.M. a seguinte resposta: "ainda não, mas quando terminar as entrevistas eles freqüentarão esta casa, pois são amigos e muito importantes. O lanche servido contribuía para que a separação fosse adiada. B.I.M. acompanhou os pesquisadores até a porta de sua casa e antes que esses se retirassem abraçou, simultaneamente, o pesquisador dois e três, ao mesmo tempo em que segurava a

mão do pesquisador dois. Após a saída dos pesquisadores, quando esses já haviam caminhado alguns metros em direção ao ponto de ônibus, B.I.M. gritou pedindo que a esperassem, acompanhando-os até o ponto de ônibus. No transcurso, convidou o pesquisador dois e três para que juntos, naquele momento, visitassem uma loja em seu bairro. Alegando compromissos, os pesquisadores dirigiram-se ao ponto de ônibus.

No dia 9 de novembro B.I.M. ligou para o pesquisador dois, informando que, no dia anterior, havia tido um Ataque de Pânico, quando encontrava-se na rua desacompanhada. B.I.M. referiu que gostaria de encontrar o pesquisador e destacou sua necessidade em antecipar o encontro. Descreveu sentir-se mais calma, após ser orientada pelo pesquisador sobre a recorrência dos sintomas nesses quadros e mais tranqüila após ser reassegurado o próximo encontro para a data previamente estabelecida. Reafirmou que "esperaria ansiosamente pelo próximo encontro".

No dia 14 de novembro, foi realizada a décima entrevista, e portanto o décimo encontro. B.I.M. aguardava os pesquisadores em frente a sua residência.

Nesse dia, estávamos interessados em conhecer, através do relato livre de B.I.M., sua história de vida. Até então, os pesquisadores utilizando um roteiro semi-dirigido de entrevista, auxiliavam B.I.M. em seu relato apresentando as perguntas e indagando sobre o tema em questão. Nesse encontro, diferente dos anteriores, B.I.M. foi orientada a associar livremente acerca de suas experiências. Ao ser orientada sobre como deveria proceder, ou seja, associar livremente, B.I.M. mostrou-se surpresa. Solicitou que os pesquisadores sugerissem o assunto ou apresentassem as perguntas, o que lhe foi negado. Com uma caneta em sua mão direita rabiscava sua mão esquerda. Após alguns minutos de silêncio, quebrou com as mãos a caneta. Iniciado o relato, olhava insistentemente o relógio da parede de sua sala e expressou que esperava que o tempo "corresse o mais rápido possível". Nos trinta minutos finais, indicou aos pesquisadores, mostrando o relógio na parede, que o tempo da entrevista já estava "acabando".

Diferentemente das entrevistas anteriores, B.I.M., nessa ocasião, mostrou-se relutante a reconstruir sua história sem a participação dos pesquisadores. A todo momento eram solicitados por B.I.M. a "facilitar com suas perguntas", "ajudar" ou "dar uma luz" .

Concluído os cinqüenta minutos previstos para a entrevista, B.I.M., em uma respiração profunda, expressou aliviada: Graças a Deus! Ao concluir seu relato, ainda não havia indicado um título a sua história, atividade essa que foi sugerida pelos pesquisadores à B.I.M. no início da entrevista. B.I.M. solicitava, insistentemente, aos pesquisadores dois e três que dessem um título a sua história. Concluiu a atividade sem apresentar o título a sua história, afirmando que os pesquisadores é que dariam um nome a mesma.

Após ser concluído o trabalho, B.I.M. acompanhou os pesquisadores até o ponto de ônibus. O pesquisador dois, nesse dia, caminharia mais alguns quarteirões, dirigindo-se a um outro ponto de ônibus. B.I.M. acompanhou o pesquisador dois só retornando após o pesquisador ter pegado o ônibus.

No dia 22 de novembro, ocorreu o décimo primeiro encontro, com duração de 1: 35 h. Esse teve como objetivo a realização da atividade dos desenhos.

No horário previamente combinado para o início das atividades, B.I.M. aguardava os pesquisadores em frente a sua casa. Após ter preparado o ambiente para a realização do teste, apresentado o comando e disposto o material sobre a mesa, B.I.M. foi solicitada a iniciar a atividade. Inicialmente, mostrou-se relutante e "advertiu que não sabia desenhar", acusando os pesquisadores de "só solicitarem tarefas difíceis a ela".

O primeiro desenho solicitado, o da casa, apresentou o maior tempo de reação, quando comparado com os demais. B.I.M. ao iniciar a atividade resmungava baixinho: "Vocês são terríveis", "me colocam em cada uma" , "vocês hem!" . Quando orientada a desenhar uma figura humana, exclamou: "O pior é desenhar gente!". Elegeu como figura para desenhar o rosto de Cristo e como segunda uma figura do sexo feminino. Na maioria dos desenhos, quando esses estavam sendo concluídos, B.I.M. costumava expressar que "eram feios". Neste dia, após a conclusão do trabalho, os pesquisadores se retiraram enquanto B.I.M. permaneceu em sua sala de estar.

No dia 29 de novembro, no décimo segundo encontro, foi retomado o inquérito sobre os desenhos, levando 1:55 h. para sua conclusão. Ao final do encontro, B.I.M. foi orientada de que o estudo estava em sua fase final, sendo necessária a realização de mais duas atividades. A última dessas atividades, a qual foi inicialmente especificada no contrato, seria realizada com a participação de seu grupo familiar. B.I.M., nessa ocasião informou que "estava muito triste só de pensar em perder o contato com os pesquisadores e, achava que seu esposo não aceitaria participar da entrevista".

Nesse dia, após a conclusão da atividade, B.I.M. acompanhou os pesquisadores até o ponto de ônibus, insistindo para que esses, juntamente com ela, fossem até o colégio de suas filhas. Ao receber uma resposta negativa por parte dos pesquisadores, B.I.M. repetia que "não compreendia, não aceitava e não entendia a recusa deles, ou seja, para juntamente com ela irem buscar suas filhas na escola".

No dia 6 de dezembro, ocorreu o décimo terceiro encontro com o objetivo da realização do teste das fábulas. O mesmo teve como tempo de duração 1:12 h. Nesse dia, B.I.M. aguardava os pesquisadores em frente a sua residência. Foi observado, que diferentemente de outras ocasiões, B.I.M. estava maquiada e mais arrumada que nos encontros anteriores. Inicialmente, afirmou que seu esposo se negara a participar da entrevista. B.I.M. foi orientada, quanto a necessidade de avaliação de seu grupo familiar e ressaltado que esse era um procedimento necessário e importante ao estudo. Foi solicitado, também, nessa ocasião, sua permissão para que os pesquisadores realizassem o convite ao seu esposo, o que foi aceito por B.I.M.. Assim procederam os pesquisadores, quanto a realização do convite, tendo seu esposo mostrado-se interessado e motivado a participar da entrevista.

Na atividade de completar as histórias, como no teste anterior, B.I.M. inicialmente, relutou em realizar a atividade sozinha, pedindo auxílio aos pesquisadores. Ao ser orientada de que deveria realizar a atividade sozinha, e assegurada de que tudo aquilo que apresentasse não seria julgado ou avaliado como "certo ou errado" e que tudo o que dissesse era muito importante por ser uma produção sua, B.I.M. envolveu-se na atividade, não recorrendo mais aos pesquisadores. O maior tempo de reação, três minutos, foi

observada na fábula do enterro. Ao iniciar o relato sobre a fábula do enterro, B.I.M. levou as mãos ao rosto, como num gesto de espanto. Posteriormente, baixando a cabeça, começou a chorar mantendo a mão sobre seu rosto.

Após a conclusão do trabalho, B.I.M. agradeceu a presença dos pesquisadores e a realização do teste afirmando que estava bem mais tranqüila e aliviada. Convidou os pesquisadores a participarem da festa de eucaristia de sua filha. Na despedida, ainda na porta de sua casa, segurou o braço do pesquisador dois, impedindo que este se retirasse. Ao ser informada de que o trabalho daquele dia havia sido concluído, B.I.M. acompanhou os pesquisadores até o ponto do ônibus informando "que não ia se separar dos pesquisadores".

No dia 9 de dezembro, foi realizado o convite ao seu esposo e filhas para que participassem da entrevista familiar, o que foi aceito por esses. Foi informado, também, que a mesma seria aplicada pelo pesquisador um, tendo a participação dos pesquisadores dois e três.

No dia 16 de dezembro do referido ano, foi realizado o décimo quarto encontro. Os três pesquisadores foram recebidos por B.I.M. e suas filhas. Nessa ocasião, as crianças seguravam a mão de B.I.M, mantendo-se próxima ao corpo da mãe. Mostravam-se curiosas com a presença dos pesquisadores, ao mesmo tempo em que exibiam comportamento de inibição. Seu esposo encontrava-se sentado em uma cadeira na sala. As cadeiras já haviam sido previamente dispostas em círculo. Após a apresentação dos pesquisadores e dos objetivos do trabalho, a entrevista foi iniciada às 9:00 h. sendo concluída às 10:45 h.

Quanto à localização, nesse ambiente, de cada participante, no sentido horário, localizado à esquerda do círculo, estava sentado o pai, tendo a seu lado a filha mais velha, seguido da filha mais nova, B.I.M., pesquisador três, dois e um, de modo que B.I.M. e seu esposo estavam separados por suas filhas e pelos pesquisadores.

A primeira tarefa solicitada ao grupo (Vamos imaginar que vocês teriam de mudar-se da casa onde moram no prazo máximo de um mês. Gostaria que vocês planejassem agora, em conjunto, como seria a mudança?) foi inicialmente respondida pelo

pai. Esse teve sua fala interrompida pelo relato de sua filha mais velha, que expressou que "iria sentir muita falta de sua família", ou seja, de seus tios e primos. B.I.M. interrompendo a fala da filha, expressou que "tinha muito medo de mudar". Nesse momento, sua filha mais nova buscou proximidade com a mãe, sentando-se em seu colo e passando a tocar seu rosto e acariciar seus cabelos, obtendo de sua mãe como resposta abraços e beijos. Nesse instante, a filha mais velha levantou-se e foi até a cozinha retornando em seguida. A tarefa foi respondida pelo pai, sem a participação quanto ao planejamento da atividade de nenhum de seus outros membros.

A segunda pergunta (Quando você está fazendo uma coisa qualquer, mas fica difícil terminar essa tarefa sozinho, o que você faz?) foi respondida inicialmente pela filha mais velha, afirmando que "imediatamente chama sua mãe". B.I.M. prosseguiu, afirmando que "imediatamente interrompe o que está fazendo e pede ajuda" e desabafou: "ora, eu me desespero, né?". O desabafo de B.I.M. provocou o riso em seu esposo e filhas. A filha mais nova, que já havia retornado minutos antes a sua cadeira, dirigiu-se novamente ao colo de sua mãe tocando seu rosto e cabelos. O pai, após a fala de B.I.M., relatou que seus antigos patrões gostavam muito de sua família. Prosseguiu, relatando que deveria ter realizado muitas coisas em sua vida, mas que não as fez e nem conseguiu realizar seus sonhos por que "é viciado em jogo e antigamente era viciado em mulheres". Seu desabafo provoca o riso de sua esposa e filhas. A filha mais nova foi questionada pelo pesquisador sobre o que fazia nestas ocasiões e ainda no colo de sua mãe, escondeu seu rosto no corpo de sua mãe, falando no ouvido desta, de forma que ninguém pudesse lhe ouvir. Permaneceu, desse modo, protegida sobre o corpo de sua mãe por alguns instantes.

Na terceira atividade (Diga de que coisas você mais gosta em você) B.I.M. solicitou a sua filha mais velha que respondesse a questão, sendo prontamente atendida pela mesma que relatou: "que gosta de seu esforço em realizar suas atividades escolares, de quando fica alegre, de seus pais e de sua família". B.I.M., interrompendo a fala da filha, prosseguiu afirmando que a "filha mais nova gostava mais da mãe //----// e do pai", a qual novamente escondeu seu rosto no corpo de sua mãe. Posteriormente, interrompendo a fala de B.I.M., seu esposo expressou que "gosta de sua sogra, de seu cunhado, e que não

gostava do fato de ter sofrido um infarto. Prosseguiu afirmando que "era louco por suas filhas, seus irmãos, que gostava de seu corpo todo e de sua esposa". B.I.M., dirigindo-se ao esposo, informou que " ele gosta muito do seu cabelo e de quando o elogiam, ficando orgulhoso". Nesse momento, a filha mais nova, que já havia saído do colo de sua mãe, retornou ao seu colo, observando, atentamente, todos os que ali estavam. Finalmente, B.I.M., com a filha em seu colo, relatou que "gosta do seu caráter, de fazer o bem por ser católica e ter sido chamada por Deus, por ser humilde". Seu esposo, interrompendo a fala de B.I.M., expressou que " gosta muito de todos seus familiares, de Deus, dos santos, das filhas e da presença dos pesquisadores em sua casa".

A quarta tarefa (Como é um dia de feriado na família?) foi inicialmente respondida por B.I.M. que afirmou ser esse "o dia da preguiça, onde todos dormem", destacando que feriado é dia em que seu esposo é ausente". Seu esposo interveio, afirmando que "gosta de ficar em casa aos sábados, domingos e feriados". B.I.M. protestou, afirmando que isso não ocorre e que "sempre sai sozinha com suas filhas". Seu esposo justificou seu comportamento, interrompendo a fala de B.I.M., alegando "que é muito ansioso e só sai de casa quando sente-se bem". Informou, também, que desde o ano de 1979 faz uso de medicação para ansiedade, sob orientação médica . B.I.M., ao mesmo tempo em que seu esposo apresenta seu relato, afirmou que "achava muito errado o que o marido fazia com ela", referindo-se ao fato de não acompanhá-las.

A quinta tarefa (Imagine que você está em sua casa, discutindo com uma pessoa qualquer de sua família, e alguém bate na porta. Quando você vai atender, a pessoa com quem você estava discutindo lhe dá um empurrão. O que você faz?), foi respondida inicialmente por B.I.M.. Essa relatou que "no passado revidava, mas que agora não mais revidava". Seu esposo, interrompendo a fala de B.I.M. afirmou "que não revida, mas que ficaria muito magoado". Prosseguiu descrendo que nestas ocasiões, ou seja quando é agredido ou está magoado costuma correr para sua irmã e desabafar". Em seguida, a filha mais velha relatou que "bate mesmo". O pai, após a fala de sua filha desabafou que costumava sempre concordar com outras pessoas, mesmo que isso o desagradasse.

A sexta e última tarefa (Cada um de vocês vai escolher uma ou várias pessoas da família, pode ser qualquer pessoa, e vai fazer alguma coisa para mostrar a essa pessoa que gosta dela, sem dizer nenhuma palavra.) foi iniciada por B.I.M. que abraçou simultaneamente suas filhas. A filha mais velha, após ser abraçada por B.I.M. fez um gesto em direção ao seu pai demonstrando um abraço, posteriormente virou-se em direção a mãe repetindo o mesmo gesto, mas permaneceu sentada em sua cadeira. O pai chamou a filha mais nova para próximo de si e abraçou-a. B.I.M. olhando em direção ao quarto de sua cunhada simulou um abraço dirigido a mesma. A filha mais velha de sua cadeira olhou rapidamente em direção aos pesquisadores e simulando um abraço dirigiu a estes. Após o gesto, sorrindo e envergonhada baixou seu rosto, permanecendo assim alguns segundos. A filha mais nova levantou-se do colo de sua mãe e abraçou a irmã.

Após a conclusão do trabalho o esposo de B.I.M. serviu café aos pesquisadores e agradeceu a presença destes em sua casa. B.I.M. entregou a cada um dos pesquisadores um presente, um calendário, e agradeceu o trabalho realizado. O grupo acompanhou os pesquisadores até a frente da residência. Nesta ocasião foi definido que o próximo encontro seria realizado no mês de janeiro do próximo ano em virtude das festas de final de ano.

O décimo quinto e último encontro, ocorreu no dia 25 de janeiro de 2001, tendo a entrevista a duração de 1:00 h. Nesse dia, B.I.M. aguardava os pesquisadores em frente à residência. Inicialmente destacou que "estava com muitas saudades dos pesquisadores". Nesse encontro, foram destacados alguns dos aspectos que avaliamos como foco de atenção, tais como a necessidade do acompanhamento psiquiátrico e psicológico, as dificuldades conjugais e familiares, as dificuldades de B.I.M. relacionadas à interação com as filhas, a qualidade dos vínculos estabelecidos com figuras significativas e suas crenças em relação aos mesmos. B.I.M. destacou, que, durante a entrevista familiar, havia observado como funcionava seu grupo familiar, ou seja, em suas palavras "distante e brigado", reconhecendo que mudanças se faziam necessárias. Destacou, também, que após a entrevista ela e seu esposo haviam conversado sobre seus conflitos e dificuldades, buscando estratégias para solucioná-los. Enfatizou que a psicoterapeuta estava saindo de férias e que havia perdido seu número de telefone, o que lhe deixava "triste e muito preocupada".

Ao final da entrevista B.I.M. fazia planos para o futuro, quanto a arranjar um emprego e mudar-se para a casa nova. Acreditava que muito teria que fazer e aprender no intuito de caminhar sozinha e em segurança.

B.I.M. e seu esposo acompanharam os pesquisadores até a frente de sua casa e B.I.M. acenando com as mãos, num gesto de despedida, mais uma vez destacou "que sentiria saudades dos pesquisadores, retornando em direção a sua residência, em companhia de seu esposo.

Quadro 11: Sobre os encontros, tempo de duração e objetivos.

DATA	INÍCIO	TÉRMINO	TEMPO DE DURAÇÃO	OBJETIVO
12/9/2000 (1)	8:45 h.	10:15 h.	1:30 h.	Apresentação Pesquisadores e do Trabalho Dados de Identificação, Consentimento Pós-Informação.
19/9/2000 (2)	9:00 h.	10:15 h.	1:15 h.	Queixa Principal, História Doença Atual
26/9/2000 (3)	9:00 h.	10:15 h..	1:15 h.	Avaliação Transtorno Pânico e outros Transtornos ansiosos e depressivos; História de Vida.
03/10/2000 (4)	9:00 h.	10:30 h.	1:30 h.	História de Vida; Modalidade de Apego
10/10/2000	NÃO	OCORREU	-	-
11/10/2000 (5)	9:00 h.	10:30 h.	1:30 h.	História de Vida (infância Intermediária) 3 aos 11 anos
17/10/2000 (6)	9:00 h.	10:15 h.	1:15 h.	Final da Infância; Adolescência Ansiedade de Separação
24/10/2000 (7)	9:00 h.	10:15 h.	1:15 h.	Vida Adulta

01/112000 (8)	9:00 h.	10:45 h.	1:45 h.	Vida Adulta
07/11/2000 (9)	9:00 h.	10:40 h.	1:40 h.	Vida Adulta
14/11/2000 (10)	9:00 h.	9:50 h.	50 minutos	Relato Livre História de Vida
22/11/2000 (11)	9:00 h.	10:35 hás.	1:35 h.	Desenhos e Inquérito.
29/11/2000 (12)	9:00 h.	10:55 h.	1:55 h.	Desenhos e Inquérito.
06/12/2000 (13)	9:00 h.	10:12 h.	1:12 h.	Teste das Fábulas
09/12/2000				Convite Grupo Familiar para Entrevista
16/12/2000 (14)	8:55 h.	9:50 h.	55 minutos	Entrevista Familiar
25/01/2001 (15)	9:30 h.	10:30 h.	1:00 h.	Entrevista Devolutiva

6.6. COMPLETANDO FÁBULAS E DESENHANDO SEU MUNDO

a) SOBRE A FÁBULA DO PASSARINHO

"Um papai e uma mamãe pássaros e seu filhote passarinho estão dormindo num ninho, no galho. De repente começa a soprar um vento muito forte, que sacode a árvore e o ninho cai no chão. Os três passarinhos acordam num instante e o passarinho papai voa rapidamente para uma árvore, enquanto a mamãe passarinho voa para outra árvore. O que vai fazer o filhote passarinho? Ele já sabe voar um pouco".

B.I.M. relatou:

> *"O que o passarinho vai fazer? Que ele sabe voar um pouco? Ele vai voar, mas ele vai cair, que ainda não tem força suficiente para voar normal, //----// normalmente igual ao pai. As primeiras voadas ele vai cair, depois é que vai se erguer, vai pegar força e vai continuar. (...) Ele vai se sentir alegre //----//, porque ele vai conseguir voar que nem os pais dele no caso. Mas ele cai, todo pássaro logo no início ele cai, porque ele tá em fase de aprendizado, ele tá aprendendo, aquilo ali é uma descoberta, né? (....) Então depois ele vai se sentir----. Ele pega firmeza. (....) A tendência é ele se desenvolver, né? De passar de----. Como é que a gente diz? Oh! Meu Deus! Qual é a palavra certa? Filhote, né? Ele vai crescer,//--// vai chegar a fase -----.Ao tamanho ideal, né? Tamanho certo. Pássaro não cresce muito né? Quando chega na fase adulta".*

b) SOBRE A FÁBULA DO ANIVERSÁRIO DE CASAMENTO

"É festa de aniversário de casamento do papai e mamãe. Eles se amam muito e dão uma bela festa. Durante a festa, a criança se levanta e vai ficar sozinha no fundo do quintal. Por quê?"

B.I.M questionou:

> *"Sozinha? Deixa eu ver a palavra certa. //-----// Eu já-----. Minha família as vezes ficava-----.//--// Não era uma festa. Por que quando a mamãe ia nos visitar era uma festa, né? Com certeza a gente fazia festa.*

e sempre em casa é----, tinha um presente para dar a mamãe, e geralmente meu irmão pegava este presente e dava pra ela na minha frente. Aí o que eu fazia? Eu ia pro quintal, eu me escondia, eu ia chorar, ficar triste, porque eu queria dar o presente. (...). Em todo caso----. Pode ser----. Ela não tá sendo amada, né? Se achando amada pelos pais. Não como ela gostaria. //----// Ela gostaria de ser amada. (...) Ela se sente triste. Falta de amor, né? De carinho, de atenção, as vezes.(...) Então eu passei por essa fase difícil também quando era pequena. Eu----. Como te falei né? Na minha história eu fui criada com a minha sobrinha, então a minha irmã, quando ela ia em casa, ela levava um presente para a filha dela, é dois anos de diferença, aí não levava pra mim um presente. Aí eu ficava super triste, por não receber um presente entendeu? Aí eu chorava. (...) Por que vai ser difícil né? Ela encarar----. Por que ela sabendo que não é amada como ela //--//, como devia ser né? Ela vai sentir, assim, um obstáculo, né? Sentir obstáculos. Sentir até um pouco revoltada, ela vai ser tornar uma pessoa----. //----// Ser insegura. (...). Porque ela não tem um amor suficiente, não tem! Não tem um carinho. Não tem //--/ como é que se diz? Apoio, né?//--// dos pais. Ela vai se sentir insegura, com certeza. Mas tarde isso vai refletir, quando ela tiver na adolescência. Na fase adulta, vai refletir sim. (...) ela quer ser feliz, quer ser amada. Ela quer ser feliz como outras crianças, como ela presencia com outras crianças, coleguinhas dela. Ser feliz com os----. Como ela vê o amor de pai pra filhos, dos colegas, então ela queria ser igual".

c) SOBRE A FÁBULA DO CORDEIRINHO

"Lá no pasto estão uma mamãe ovelha e seu cordeirinho. O cordeirinho pula todo o dia ao lado da mamãe e todas as tardes a mamãe lhe dá um bom leite quente que ele adora. Mas ele já come capim também. Um dia trouxeram para a mamãe ovelha um pequeno cordeirinho que estava com fome, para que a mamãe lhe desse leite. Mas a mamãe ovelha

não tem leite bastante para os dois e diz para seu primeiro cordeirinho: 'como eu não tenho leite bastante para dar aos dois, vá comer capim fresco". O que o cordeirinho vai fazer?"

B.I.M. respondeu:

"Se ele tiver com fome ele vai comer capim. Não vai se sentir totalmente satisfeito, né? Por que o que ele queria mesmo era o leite né? Ele queria tomar o leite né? Mas como o leite não dava pra dividir então ela disse pros dois vão comer capim, porque o leite não dava pros dois. (...). Ah! Não dava pra ele? Ele ia ficar triste, porque ele ficou triste, insatisfeito. (...) ele não queria comer capim, ele queria o leite, ele queria tomar leite e não----, como é que diz a palavra? As palavras estão fugindo da minha mente hoje É difícil essa resposta .Eu no caso, se eu fosse o cordeirinho, eu me sentiria super triste por que ele diz: Poxa! Eu vou ficar sem o meu leite? Eu vou comer capim? Eu ficaria até revoltada assim um pouco. Eu não ia compreender.(...). Ah! O outro não era filho dela? Ela vai se sentir----. Como é meu Deus a palavra? É isso que eu tô me esquecendo. Desprezado pode ser. Desprezado não é bem a palavra que eu queria usar, é uma outra. Me diz qual é. Tu sabe a palavra, só que tu não quer me dá. //----// Tu não quer me dá . (...). Mas ele vai se sentir um filhote triste. Revoltado porque ele não foi escolhido. Houve desigualdade entre os dois. Teve preferência também. (...) claro que ele vai crescer triste, uma criança revoltada, por ela ter tido a preferência pelo outro e não por ele. (...). Ele já foi rejeitado né? Porque só dela dizer que ela ia dar lei----, mama pro outro, e ele ia comer capim, eu acho que a rejeição já começou aí".

d) SOBRE A FÁBULA DO ENTERRO

"Um enterro está passando nas ruas da cidadezinha e as pessoas perguntam: quem morreu? Alguém responde: é uma pessoa da família que mora 'naquela casa'. Quem é que Morreu?"

B.I.M. chorando, relatou:

> *"[B.I.M. ao ouvir a fábula , baixou sua cabeça permanecendo assim por alguns segundos. Quando levantou seu rosto seus olhos estavam cheios de lágrimas]. Quem morreu----. Quem morreu----.//--//. Não----.//--//. É-----.//----//. No caso assim, o que eu posso imagina//--//, colocando //--//, se eu me colocar-----. A minha----. O que eu passei, né? Naquele tempo, eu posso dizer que eu tava morta. Eu me considerava uma pessoa morta. Do tempo que eu passei doente né? Nas crises, nas----. //--//. Eu me sentia morta, morta mesmo, morta pro mundo, morta pra vida. Até no caso de morte, morreu uma pessoa, morreu uma pessoa próxima, muito próxima de mim naquela casa. Eu passava praticamente o dia a dia , o meu dia a dia com essa pessoa. Quando não era pela parte da manhã era pela tarde. Convivi muito com essa pessoa que morreu nessa casinha. Eu devia muito, muito pra essa pessoa. Eu tive um grande abalo, um abalo muito forte. Mexeu com a minha estrutura, com o meu psicológico, mexeu com meus nervos. E eu fiquei//----// um bom tempo só pensando nessa pessoa. Era dia e noite que eu via essa pessoa todo momento. (...) ela foi----. Ela foi uma amiga, foi uma mãe, foi uma cu----, ela----.//--//. Ela foi minha cunhada. Ela foi muito importante pra minha vida. (...). Depois da morte, do enterro, foi só tristeza né? Só choro. (...). Abalou de uma certa forma toda a família, toda a família. Eu me abalei, que a gente era muito amiga, muito mesmo. Uma hora dessas ela já estava por aqui. Aí eu sempre convidava ela pra almoçar. Eu dizia: ' fica pra almoçar comigo'. Aí também quando ela acabava de almoçar ela ia embora".*

e) SOBRE A FÁBULA DO MEDO

"Uma criança diz baixinho: Ai, que medo! De que ela tem medo?

B.I.M. assustada, perguntou:

"Do que ela tem medo? Ela sendo criança né? Criança geralmente tem medo de ficar abandonada, de ficar desprotegida, de ficar só né? (...). Agora tu me pegaste! Por que ela tinha medo? É uma questão difícil, dizer porque tenho medo. As vezes eu me pergunto porque eu tenho medo, e não----. Até se tu me perguntasse porque eu tenho medo eu não saberia responder. Eu tenho criança, geralmente por experiência, minhas filhas têm medo de ficar sozinha, como eu te falei, abandonada, de ficar só. Elas gostam sempre de estar na companhia de alguém, ou do pai ou da mãe. De preferência da mãe que ajuda mais as filhas. A presença da mãe é mais forte né? Que eu sempre presenciei isso. Eu pelo menos, toda vez que----. Quando qualquer coisa acontece, até eu mesma, eu digo:' ai mamãe, ai mamãe!' A primeira coisa que a gente chama é o nome da mãe, né? Qualquer coisa que acontece com a gente, se bate, várias coisas, ou um susto que a gente pega, pelo menos eu tenho essa coisa de dizer:' ai mamãe, ai mamãe!' É o caso das minhas filhas também. Elas não gostam de ficar só, abandonadas. Elas gostam de sempre estar----. Elas sempre gostam de ter alguém por perto. Nem que seja um pouco distante delas, mas que elas estejam brincando ali, mas tá vendo que aquela pessoa está ali né? Ao alcance delas. Uma criança com medo ela se sente apavorada né? Sente----. O medo, ele traz desequilíbrio né? Ele traz desequilíbrio. Tudo né, na tua-----. Ele mexe com a tua cabeça né? Ele mexe com----. Ele desequilibra totalmente né? Essa criança que tá sozinha, que tá abandonada----. O que vai acontecer com essa criança? //----//. Bom, uma pessoa que tem medo né? Medo de viver, medo de ----. Essa criança vai adoecer. É por que a gente não tendo----. Não tendo, é//--//, controle das coisas né? Não tendo----.

Tendo medo, medo já é um //--//fracasso, né? Já é um pouco do nosso fracasso né? Eu tiro isso por, por, por----. Por que eu passei por isso, né? Porque eu tive----. Eu fracassei, eu fracassei, né? Fracassei por medo. O medo ele----. Ele maltrata. Ele desestimula, ele te abala. //----// Acaba com a gente mesmo. Sabe, ele acaba. O medo ele----. //----//. Hoje eu já me sinto uma vitoriosa, por que eu passei por todos os obstáculo. Não venci o medo, não venci o medo. O medo ainda----.//--// Ainda tá lá dentro. Lá, escondidinho. Mas ele ainda é presente sim na minha vida. Ainda é presente, ainda está presente.

f) SOBRE A FÁBULA DO ELEFANTE

"Uma criança tem um elefantinho do qual ela gosta muito e que é lindo, com sua tromba bem comprida. Um dia, voltando do passeio, a criança entra em seu quarto e acha seu elefantinho muito diferente. O que ele tem de diferente? Por que ele está diferente?"

B.I.M. perguntou:

"O que o elefante tem de diferente? Agora tu me pegaste! É engraçado essas historinhas, elas mexem com a nossa maneira de viver né? Com o nosso----. A historinha cai como uma realidade. De historinha já passa pra realidade, né? Por quê? Por que mexe. Mesmo que tu não queira mexe. Esse elefantinho é lindo né? Antes né? Aí o que aconteceu? //--// Do de que eu vi de diferente nele? Então vamos ver, ele era lindo e alegre esse elefantinho. O que eu achei de diferente nele, é que eu achei que ele tava triste. Vamos supor que alguém maltratou ele. Alguém tratou mal, né? Alguém ofendeu ele, ou pode ter dito assim, que a tromba dele era feia. (...) Era feia! Aí ele ficou triste, porque disseram algo, algo, algo dele que era feio né? Ele se sentia triste. É assim, é tipo assim, né? Você botar defeito na outra pessoa. É dizer um defeito da outra pessoa. A pessoa se sente constrangida, né? Fica assim----. Nunca aceita, né? Por mais que seja feia, mas pra ela é lindo. . Falaram mal da

tromba dele, aí ele ficou triste, sozinho e abandonado. Mas se ele tem o amor daquele menino, ele não vai dar----. Aquele menino diz: olha, mas eu lhe acho lindo, não importa o que os outros digam. Ele vai----.Ele vai se conformar o elefantinho, porque ele tá sendo amado por esse menino. Jamais vai ligar pra que os outros digam dele, ne? Porque ele tá sendo amado ali. (...) porque a criança vai dar apoio, vai dizer: 'mas eu acho você lindo, não importa o que os outros dizem de você, importa o que eu digo, o que eu sinto, o que eu acho de você'. Aí claro, que aquilo vai botar o elefantinho seguro, né? Vai ficar todo----[Risos, expressando com os ombros e as mãos que o elefantinho estaria forte e confiante]".

g) SOBRE A FÁBULA DO OBJETO FABRICADO

"Uma criança conseguiu fabricar um objeto de argila, uma bonita torre, que ela acha lindo, lindo, lindo. O que ela vai fazer com ele? Sua mãe pede o objeto de presente e a criança é livre para dar ou não. O que esta criança vai fazer?

B.I.M. indagou:

"Uma torre? Que ela construiu, a mãe pede de presente. Ela dá o presente pra----. Ela dá o presente pra mãe.(...). Porque a mãe dela gosta dessas coisas, dessas----. Como é que a gente chama? //----// Tem um nome que dá, eu tô esquecendo das palavras hoje. Ela gosta, é um enfeite né? É uma torre. É um enfeite, serve como----. Prá enfeitar, né? Decorar. É que a mãe gosta de decorar a casa. Gosta de----. A criança vai se sentir alegre porque eu dando pra minha mãe, sabendo que ela vai cuidar bem, que ela vai----. Vai servir pra----. Eu dei de presente pra ela decorar a casa dela. Eu vou me sentir alegre, eu vou me sentir alegre. É assim, ela vai se sentir satisfeita né? Pra ela é uma satisfação ela----. //----// Ela dar de presente pra mãe dela uma obra feita por ela né? Pelas mãos, feita pelas minhas mãos. Eu vou dizer assim: 'eu dei, presenteei uma obra a minha mãe, que foi feita pelas minhas mãos'. O que vai

acontecer? Ela vai me agradecer, vai dizer: 'que bonita torre! Que trabalho bonito teu! Vai até mostrar pra outras pessoas e dizer: 'olha, a minha filha me deu de presente esta torre, é tão bonito trabalho'. Vai ser até um, um---. Como é que se diz? É----. Pra minha mãe vai ser até um----. Como é que a gente diz? Quando a mãe da gente fica alegre como é que a gente diz? Oh meu Deus! Qual é a palavra? Sim, ela vai ficar feliz né? Ela vai mostrar a outras pessoas como eu te falei, mas não tô lembrando da palavra agora.

h)- SOBRE A FÁBULA DO PASSEIO COM O PAI

"Uma menina fez um lindo passeio no parque, sozinha com seu papai. Eles se divertiram muito juntos. Voltando para casa, a menina acha que sua mamãe está braba. Por quê?"

B.I.M. perguntou:

"Será que ela pediu algum presente pra ele, que ele disse que não podia comprar? Se ele tiver brabo ela vai ficar retraída com medo de apanhar. Ela pode ter desobedecido ele né? (...). Pode ter caído de algum balanço que ela tava brincando, né? O balanço balançou forte, caiu, pegou uma queda, e nesses casos assim----. Como eu me aborreço, que as vezes eu aviso: 'olha fulano, não vai pra aquele tal----. Aquele determinado lugar que é perigoso'. E acaba acontecendo o inesperado né? E a gente acaba se aborrecendo.(...) ela caiu, se levantou, e procurou não chorar. Eu já fiz muito isso pra não apanhar. (...) Alguma coisa ela fez, né? Pra ele ficar aborrecido, ou então como eu te falei, por brinquedo, ela pediu: 'papai compra!' (...) Quando eu era pequena eu não entendia----. Eu não entendia muitas das vezes por que meu pai não tinha dinheiro pra comprar, nós era pobre né? Tinha que se conformar, né? Por mais que não queira".

i) SOBRE A FÁBULA DA NOTÍCIA

"Uma criança volta da escola e sua mãe lhe diz: não comece já a brincar, pois tenho uma coisa para lhe contar. O que a mãe vai lhe contar?"

B.I.M. considerou:

> *"(...). Geralmente quando uma pessoa----. Ela vai se sentir assustada logo, né? Vai sentir aquele impacto. O que a mãe quer comigo? Ela pensa: será que fiz----. Ela vai imaginar né? Será que fiz algo errado, né? Será que eu fiz alguma coisa errada? (...) a gente pode imaginar que é porque ela vai chamar atenção dela, né? De alguma coisa errada que ela fez, ou eu posso----. Ou ela pode pensar que eu quero conversar sobre alguma coisa com ela, do colégio, sobre os afazeres dela, as obrigações dela.*

j) SOBRE A FÁBULA DO SONHO MAU

"Uma criança acorda de manhã muito cansada, e diz: Ai, que sonho mau que eu tive! Com o que ela sonhou?"

B.I.M. relatou o "sonho mau":

> *"'Ai mamãe eu tive um pesadelo, um sonho assustador.' Geralmente ela diz assim pra mim. Foi um sonho com um monstro, vamos supor. (...). "Mamãe eu sonhei com um monstro feio dos dentam., Aí, geralmente ela vai acordar nervosa, né? Muito agitada. (...) aí eu digo: 'era minha filha? Mas se acalme, se acalme'. Aí eu digo pro X.: 'vai pegar um copo de água pra ela , ela tá muito nervosa'. A menina se sentiu nervosa, agitada. Aí ela diz:' mamãe fique perto de mim, durma comigo, não saia de perto de mim. Durma aqui, pertinho de mim'. Aí eu tenho que dormir pertinho dela até passar, até ela se sentir segura.*

k) O DESENHO DA CASA

B.I.M., após ser orientada pelo pesquisador sobre a atividade do desenho, informou que " era horrível em desenho e que gostaria de ter um modelo de desenho para copiar sua casa". Estimulada a desenhar livremente, destacou: "Vocês só querem coisas que eu tenho dificuldade", referindo-se aos pesquisadores. Posteriormente, protestou afirmando "Tu só me dá tarefa difícil".

B.I.M. elegeu desenhar a casa nova para qual pretendia mudar. Durante a realização do desenho, diversas vezes usou a borracha e expressou que "não estava satisfeita com o que havia desenhado". Apagou, por diversas vezes, o desenho da janela e da porta. Destacou que a casa era "um desejo antigo seu", contudo, ressaltou que "só mudaria para lá no ano de 2002", visto que, ainda seriam necessários alguns reparos, tais como "lajotar, forrar e fazer mais algumas coisas para melhorar mais a casa".

Relatou, acerca da casa, que iria morar na casa, juntamente com seu esposo e filhas. Quando questionada se gostaria de levar mais alguém, informou que "se pudesse levar mais alguém, levaria sua mãe para lá". Sobre sua mãe, destacou: "Ela já esteve mais longe, ela vai ficar mais próxima de mim agora".

Quanto aos cômodos da casa e por quem seriam usados, destacou que usaria juntamente com seu esposo o primeiro quarto da casa, localizado na parte da frente, deixando para suas filhas o quarto localizado na parte posterior da casa. Considerou, que, deixaria suas filhas, na parte posterior da casa, por questões de segurança, visto que, no primeiro quarto havia janela e porta localizadas de frente para a rua "o que seria muito perigoso às crianças".

B.I.M. quando questionada sobre o ambiente e o clima da casa, respondeu:

> *"(...) faltam moradores, a família morar. Falta os moradores, então----. Pra alegrar a casa, né? Tá um pouco apagada, né? Eu não pintei ela. Ainda tá crua, né? Tá do jeito que vai ficar lá, né? Depois que eu vou pintar. Como eu te falei, lajotar, forrar, gradear, plantar uma árvore,*

pra dá mais alegria na casa né? Por enquanto ela vai estar assim, triste, né? No caso----. (...). A casa necessita de acabamento, lajotar, vai precisar forrar, tem que pintar novamente. Porque eles só dão uma pintura bem leve. Eu vou ter que mandar repintar de novo, ainda vou escolher a cor que quero".

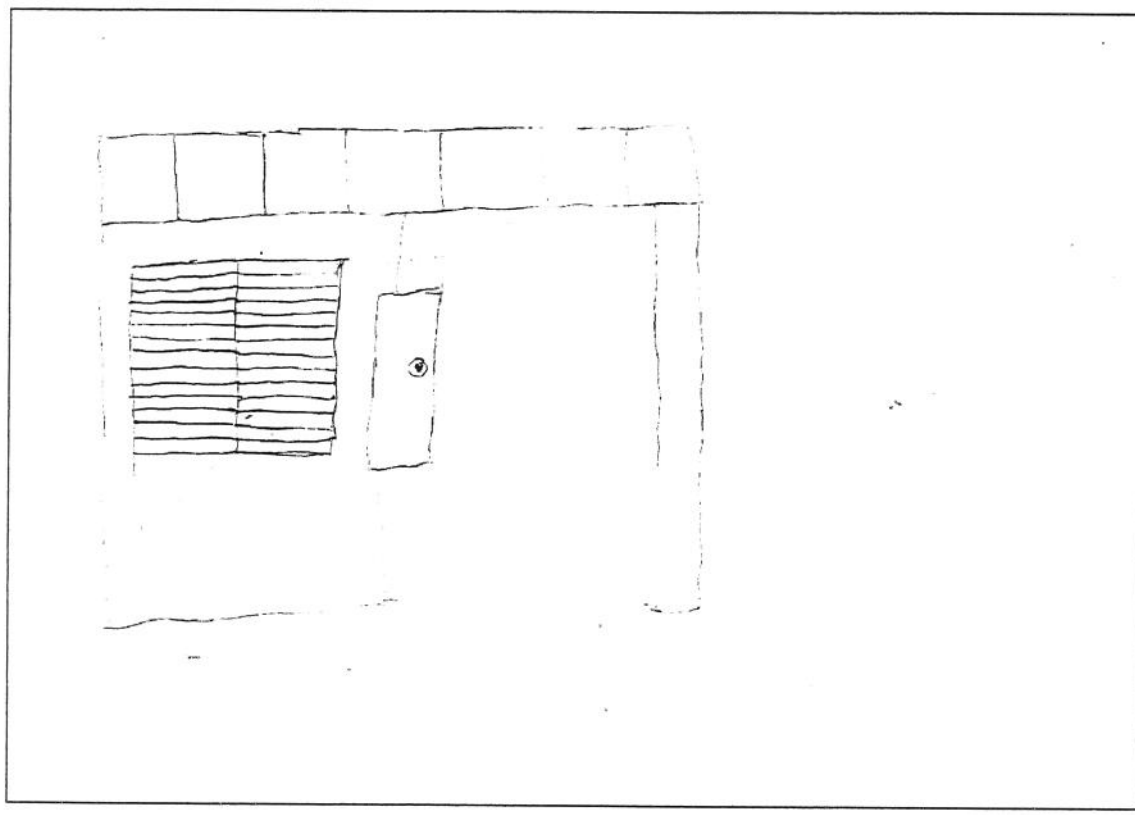


Figura 5: Desenho da Casa

l) O DESENHO DA ÁRVORE

B.I.M., iniciou o desenho da árvore questionando "quantos desenhos mais ainda teria que fazer" destacando que "esta era uma tarefa muito difícil". Posteriormente, após orientação do pesquisador, indagou: "O que eu faço?". Ao iniciar o desenho perguntou: "Desenho mede a capacidade da pessoa? E advertiu: "Eu sou incapaz, eu não sei desenhar".

O desenho da árvore foi iniciado pela construção do caule. As primeiras folhagens desenhadas foram apagadas por B.I.M. que expressou: "Tá feio". Posteriormente, ao ver seu desenho concluído, exclamou: " Oh árvore feia!" e prosseguiu: "Eu vou pintar essa árvore senão a minha auto-estima fica lá em baixo, sem cor". Escolheu a cor verde para as folhas. Ao concluir a pintura exclamou mais uma vez: "Que arvore feia!"

De acordo com B.I.M. a árvore é uma goiabeira, com aproximadamente cinco anos de idade. É uma árvore que ela gostaria de plantar no quintal de sua nova casa. A árvore nasceu ao acaso e não foi plantada por ninguém. Sobre a germinação da árvore, destacou:

> *"(...) alguém que deve ter comido alguma goiaba e deve ter jogado. Ninguém plantou assim. Eu acho que jogou alguma fruta".*

Segundo B.I.M., a árvore está viva e tem vida, visto que deu frutos. São os frutos, de acordo com a mesma, que garantem a vida da árvore Ao seu lado, existe um abacateiro e outras plantas medicinais. Também, há capim próximo dela. Contudo, esses não aparecem no desenho. A árvore cresceu sendo cuidada por Deus.

Quanto ao ciclo de vida da árvore, destacou:

> *"Deus, né? Deus criou tudo né? Deus dá vida as árvores, a nós ser humano, animais. Ela só pode morrer----.//----//. Só se o homem for lá e destruir essa árvore, tirar a vida dela, né? Jogar veneno, pra matá-la né?"*

Ainda sobre a morte da árvore, destacou:

"Não sei quanto tempo[Referindo-se ao tempo que faltava para a árvore morrer]. //----//. Se ninguém não mexer nela, não cortar ela e----. Porque tem aquele negócio de podar né? Tem gente que não sabe podar uma árvore. E se você podar ela de uma maneira, é----. Que seja----. Quando não esteja de acordo, vai matar a planta, né? Mas se ele saber podar ela legal, ela vai----. De novo vai crescer, vai nascer novas folhas, folhagens, e ela vai de novo se desenvolver. Tem vezes que é assim, a pessoa não sabe podar, ela mata a árvore".

Posteriormente, mostrando-se saudosa comentou:

"Ah! Essa árvore. Lembra a minha casa, a minha antiga casa que morei. Lá tinha um pé de goiaba que eu sempre----. As tardezinhas eu ia pra lá sozinha, subia na árvore, apanhava goiabinha verde e começava a comer".

Ao ser questionada sobre com quem parecia a árvore, respondeu:

"Comigo. Porque----.//----//. Porque ela não é uma árvore assim //----// completamente feliz, totalmente alegre. (...) Porque falta algo, né? Falta----. Eu acho que faltou no caso mais uma----. Tratar né? Dar mais carinho, amor, né? Tudo que a gente cuida com carinho e amor é mais feliz".

Referindo-se ao motivo da árvore não ter sido cuidada, destacou:

"Não teve cuidado, não teve apoio, é assim-----. É----. Alguém que tivesse mais próximo dela né? Cuidando dela".

Ao ser indagada se a árvore estava sozinha, B.I.M., após um longo período de silêncio, com os olhos cheio de lágrimas, desabafou:

"//----//. É, ela ficava mais sozinha,//----//. Ah! Tu vai fazer eu chorar!

Posteriormente, ao ser questionada sobre o que faltava à árvore, respondeu:

"Amor"

De acordo com B.I.M. "os moradores da casa haviam feito mal a árvore", pois "cortaram a árvore, quando eles se mudaram de lá". Afirmou, também, que "sentia muita saudade da antiga casa onde morou quando criança". Sobre o que sentiu ao ver seu desenho concluído, afirmou:

"É, que eu tenho que continuar a minha caminhada né? Fé em Deus que eu vou vencer"..

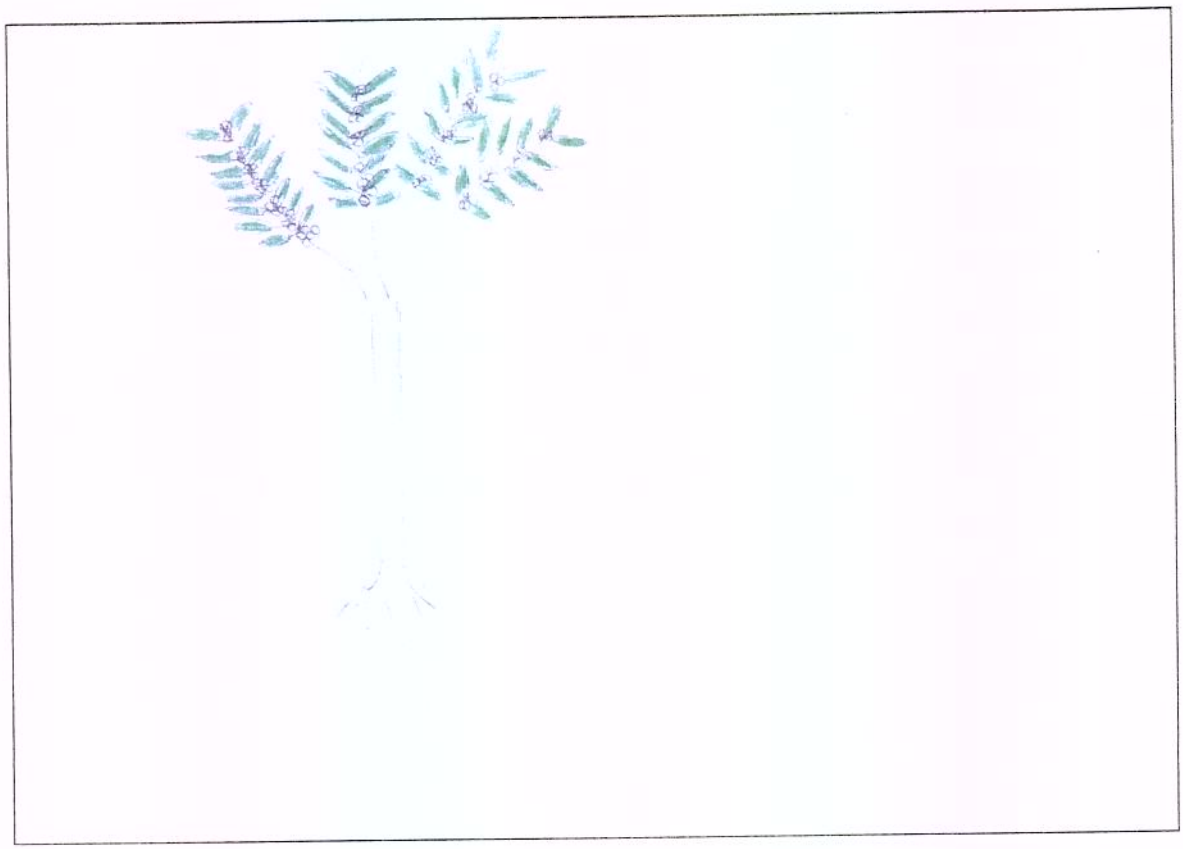


Figura 6: Desenho da Árvore

m) O PRIMEIRO DESENHO DA FIGURA HUMANA

B.I.M., após ser orientada a desenhar uma figura humana, exclamou: Oh! Desenhar gente é pior". Olhando o quadro da parede de sua casa, que exibia a figura de Santa Rita, informou: "Vou desenhar a Santa Rita! Vou desenhar só o rosto, é mais fácil". Após ter iniciado o desenho, utilizou a borracha apagando o desenho que havia iniciado. Informou que ia desenhar Jesus. Ao ver seu desenho concluído, destacou: "Tá pronto, só o rosto, o resto eu não sei fazer". Sobre o desenho relatou:

> *" 'Ele' está me olhando agora. Ele está presente, aqui no meio de nós. (...) ele morreu aos 33 anos de idade né? Agora é----. Ele está com 2000 anos. (...) ele veio ao mundo para nos salvar, né? Morreu, morreu, morreu para nos salvar né? Deu a vida por nós.(...) É solteiro. (...) tem muitos filhos. Está mais ligado ao pai. Porque quando a gente----. É ----. Ao pai, né? (...) por que foi o pai que criou. Criou e----. No caso ele foi filho de Maria concebido sem pecado, né? Sem pecado original. (...). Ele foi tão perseguido que mataram ele. (...). (...) ele é forte porque agüentar as dores que ele aguen----. Suportou muita dor. Só tendo a força de Deus, né? Deus passou a força pra ele. E nós? O que nós somos? Nós somos fracos, né? Qualquer dorzinha que nós temos: 'Ah! Eu vou me deitar'. Pelo menos eu sou uma, né? Eu sou fraquíssima. (...). A melhor parte dele é o coração(...).(...)ele é completo, não há parte feia. (...) Ele pensa no amor, né? No amor entre todos os irmãos que tem que haver amor né? Porque só o amor constrói, né? (...) ele tem medo da violência, de tudo o que é ruim né?* Do abandono. (...) *é alegre né? Enquanto----. É----. Enquanto tiver gente lembrando dele ele vai ser feliz, né? (...) Os três maiores desejos dele é ter paz, amor e compreensão. Por que essas três coisas unidas, né? Amor, compreensão e paz, tudo junto, torna mais forte os três juntos, né? (...) ele gosta de estar no meio de outras pessoas, por exemplo, ele está aqui agora, está no meio da gente.(...). (...)eu tô caminhando nessa caminhada com Deus, só ele mesmo pode nossalvar".*

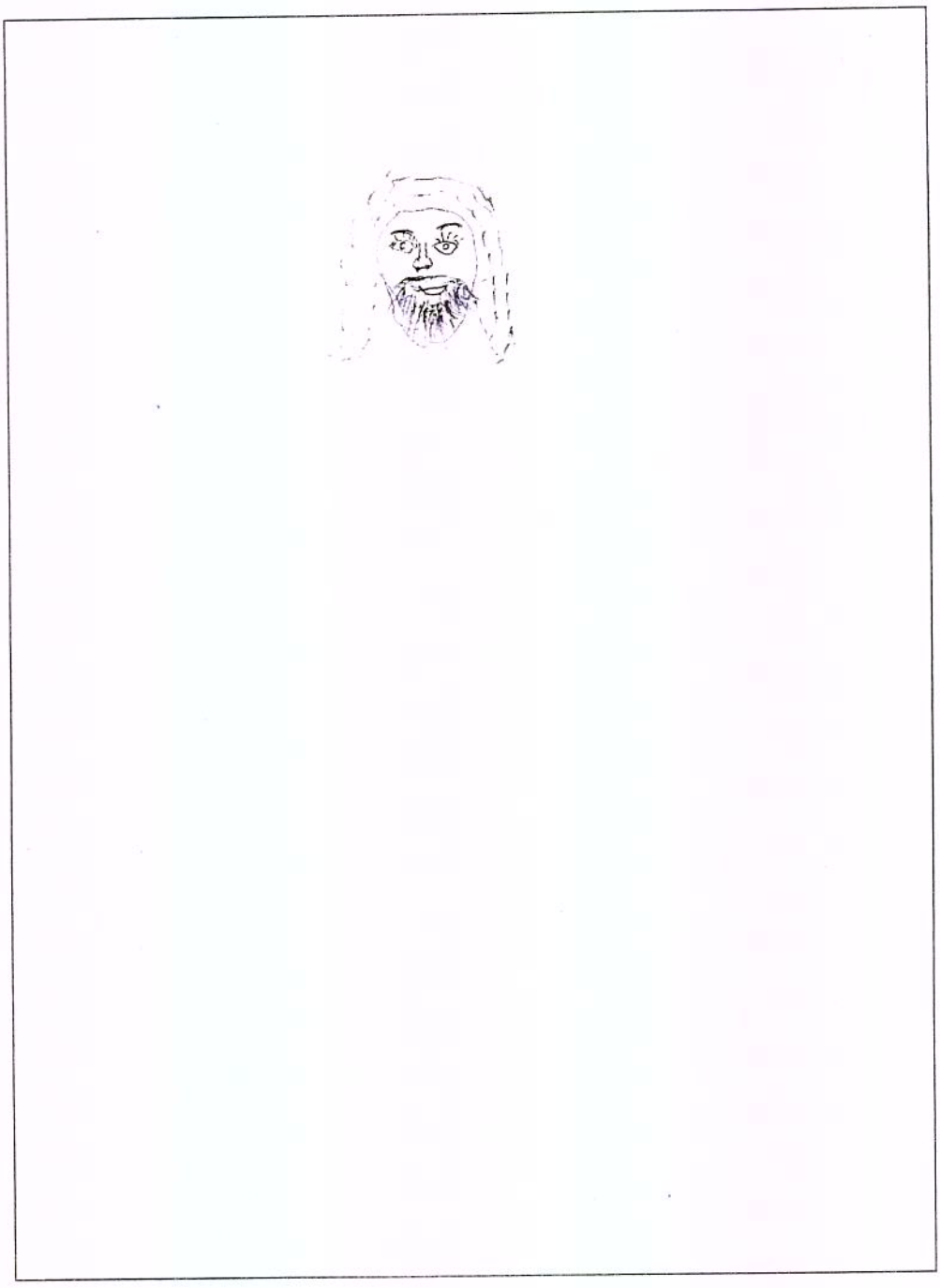


Figura 7: Desenho da Primeira Figura Humana

n) O SEGUNDO DESENHO DA FIGURA HUMANA

Ao ser orientada a desenhar uma figura do sexo oposto, B.I.M. exclamou: "Uma mulher! Uma mulher é mais difícil". Após iniciar seu desenho, utilizou a borracha apagando o desenho que havia iniciado, ao mesmo tempo em que expressou: "Tá feio". Reiniciou o desenho e novamente o apagou comentando: "Eu desenhei aquele tão rápido, agora tá demorado. A mulher é muito feia, parece uma bruxinha". Depois de concluído o desenho descreveu:

> *"Essa pessoa tá triste, né? Por que ela precisa de algo pra alegrar a vida dela, né? Precisa----. Hum! //----//. Se erguer, né? É----. Sair da fase que ela está passando. (...). Ela já passou por muitas----.//--//. Períodos difíceis. Mas hoje ela tá argumentando sobre isso, né? Já pulou vários obstáculos (...) e tá chegando no topo, né?. (...). Ela tem 32 anos, é casada e com filhos. (...) ela tá mais ligada a mãe. (...) por que a minha mãe----.//--// A minha mãe está mais ligada a filha agora. Ela tá mais próxima da filha agora.. (...) tem dez irmãos. (...) ela que ser uma pessoa íntegra, ter boa saúde, pra poder exercer suas funções normais, como uma pessoa normal. (...). Ela não é forte. Não é forte porque ela começa----. Pode ser que daqui pra frente seja mais forte, né? Com apoio, né? Ela tem apoio, mais estímulo agora. E o que estimula ela agora é os filhos. (...) Ela tá se fortalecendo com eles, né? Aos poucos ela tá se fortalecendo. Ela tá tendo apoio, tá tendo ajuda, tá tendo compreensão, tá tendo atendimento. (...) a melhor parte dela é o coração. Porque gosta sempre de ----. Sempre de ajudar as pessoas, sem querer nada em troca. (...). Ela é nervosa. Porque eu acho que eu, essa pessoa, eu acho que ela já nasceu com isso né? É uma coisa genética já. Já nasceu com isso. Sempre foi nervosa. Talvez já vem do meu pai, né? Por que as vezes o problema vem dos pais, né? Quando é genético geralmente vem dos pais, né?. Porque já nasceu com esse problema. E porque não foi observado antes----. Como acontece----.//--//. Logo*

quando pequena, né? Porque se no caso eu, que sou mãe, procuro logo observar o que está havendo com minhas filhas. Procurar tratamento logo e ----. (...). Não, nessa pessoa não foi procurado. Se tivesse sido tratado talvez não chegasse ao ponto que chegou. (...).(...) até que ponto chegou? Ao extremo né? Disturbinou né? Os nervos. Pra conseguir voltar ao normal só tratamento //--// tratamento. (...) essa pessoa tá pensando que Jesus vai me curar. (...) ela tem medo de viver, de lutar. Porque é insegura , muito insegura.(...) porque ela é insegura? É fraca, né? (...)É fraca pelo que passou na vida, dos momentos difíceis, tem medo de cair. (...) ela é triste, porque falta ela se realizar ainda. Ela precisa pra se realizar de amor //----//. É de força. (...). (...)os maiores desejos? Ficar curada, muita saúde, trabalhar e viver. (....) ela é impaciente, medrosa e fraca. Ela gosta muito de estar com outras pessoas. Ela gosta de conversar, gosta de -----. Ela gosta de dialogar com outras pessoas sobre a vida, sobre----. Tudo, né? (...). (...)quando ela se perturba? Ela é um pouco assim-----. É muito inibida, muito inibida. E por ser inibida ela perdeu muito-----. Perdeu muitas coisas na vida. Perdeu trabalho. Não persistiu, por essa inibição, essa vergonha, essa----. Esse medo de lidar com o próximo, né? De lidar com o público. (...) quando a pessoa passa confiança ela confia. (...) no marido ela encontrou um amigo, um pai. Ele foi um pai, um amigo, um irmão (...). (...) falta coisas no desenho. Porque eu queria ser muito mais forte. (...) a expressão dela é triste. (...). espero que essa pessoa, daqui pra frente, procure acreditar mais nela, pensar que ela pode, que ela vai vencer, que ela tem capacidade, que ela vai chegar lá".

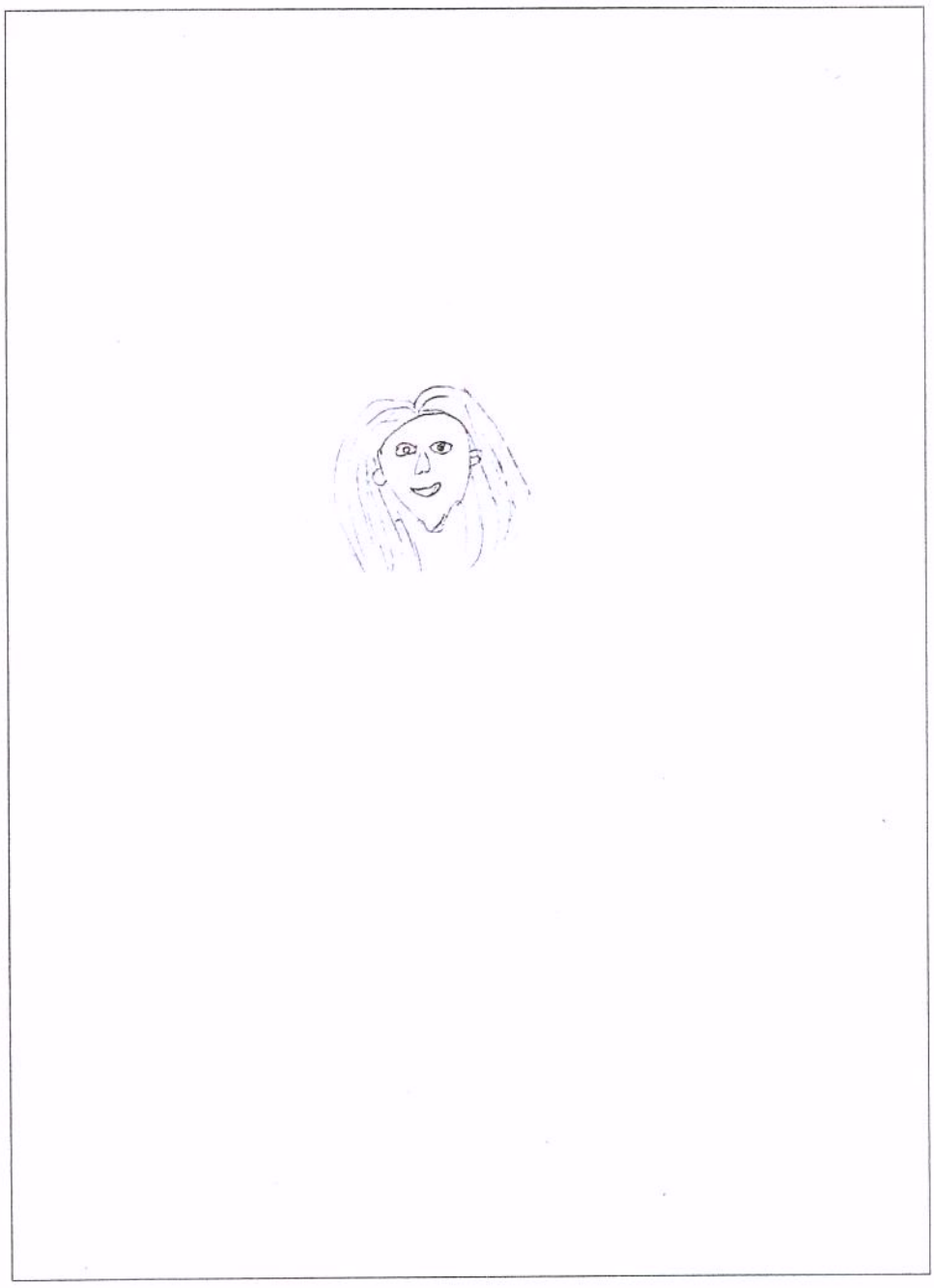


Figura 8: Desenho da Segunda Figura Humana

o) O DESENHO DA FAMÍLIA

B.I.M. iniciou o desenho da família afirmando que "não sabia desenhar, pois era péssima em desenho". Indicou que iria desenhar uma família onde havia quatro pessoas. No desenho, identificou e desenhou inicialmente a mãe. Posteriormente, o pai seguido das filhas. Informou que há brigas entre os irmãos, mas também há momentos de carinho e afeição entre eles. De acordo com B.I.M. "há discussões entre o casal, mas eles vivem bem e necessitam um do outro; o pai e a mãe são doentes; o pai tem problemas de nervoso; a mãe, apesar de doente é a mais forte; é a mãe quem determina as normas da casa e decide por todos os membros; o pai é a pessoa mais frágil e muito pessimista; há amor entre os pais e os filhos; falta um pouco de união entre os irmãos".

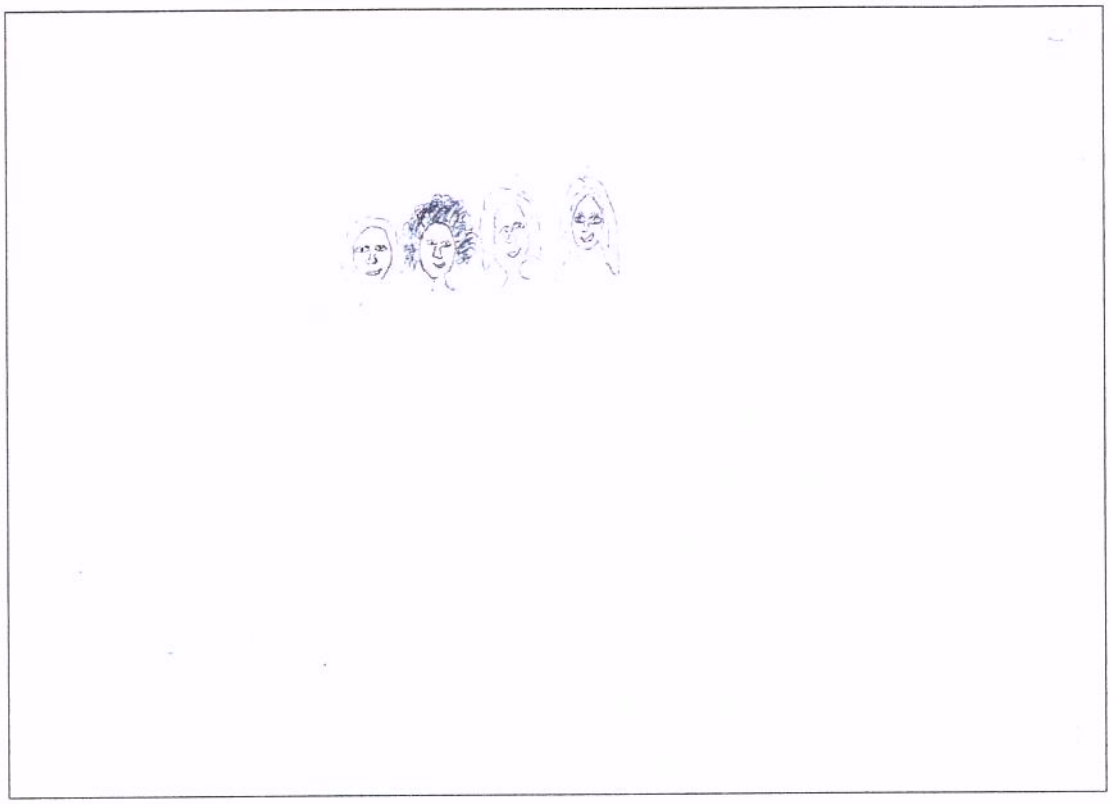


Figura 9: Desenho da Família

p) O DESENHO LIVRE

B.I.M., quando orientada acerca do desenho livre, informou que "iria pintar o desenho". Após ter iniciado o desenho de uma árvore, apagou o mesmo afirmando que estava muito feio. Reiniciou um novo desenho, também uma árvore e indagou: "É o último?" Obtendo resposta afirmativa do pesquisador, destacou "que quando os pesquisadores fossem embora de sua casa, iria sentir a falta deles, pois já estava acostumada a esperá-los". Informou, também, que "concluído o trabalho, quando os pesquisadores não mais viessem até sua casa, ela iria até a casa dos mesmos". Sobre o desenho comentou:

> *" Este desenho representa o Natal. (...) é um símbolo que eu acho alegre. A gente bota as bolas .Ainda faltam umas luzinhas aqui, né? Falta dá uma alegria para casa, né? Dá um colorido legal. (...). Eu pensei na árvore por causa das minhas filhas. Elas querem que eu compre uma. Elas acham bonita também. (...) só que aqui em casa não tem espaço pra colocar. Onde eu vou colocar essa árvore? (...) não tá uma árvore perfeita, né? Ainda falta//--//falta alguns----. Falta as luzes. Ela não foi bem tratada, né? Tá faltando coisas, tá faltando algo que melhore ela. Que dê mais----. Mais vida, né? Vida que eu quero dizer. Que ela fique mais bonita.*

Ao final da entrevista, exclamou:

> *"Ah! Eu tô triste! Agora quem vai ficar triste sou eu, sem vocês".*

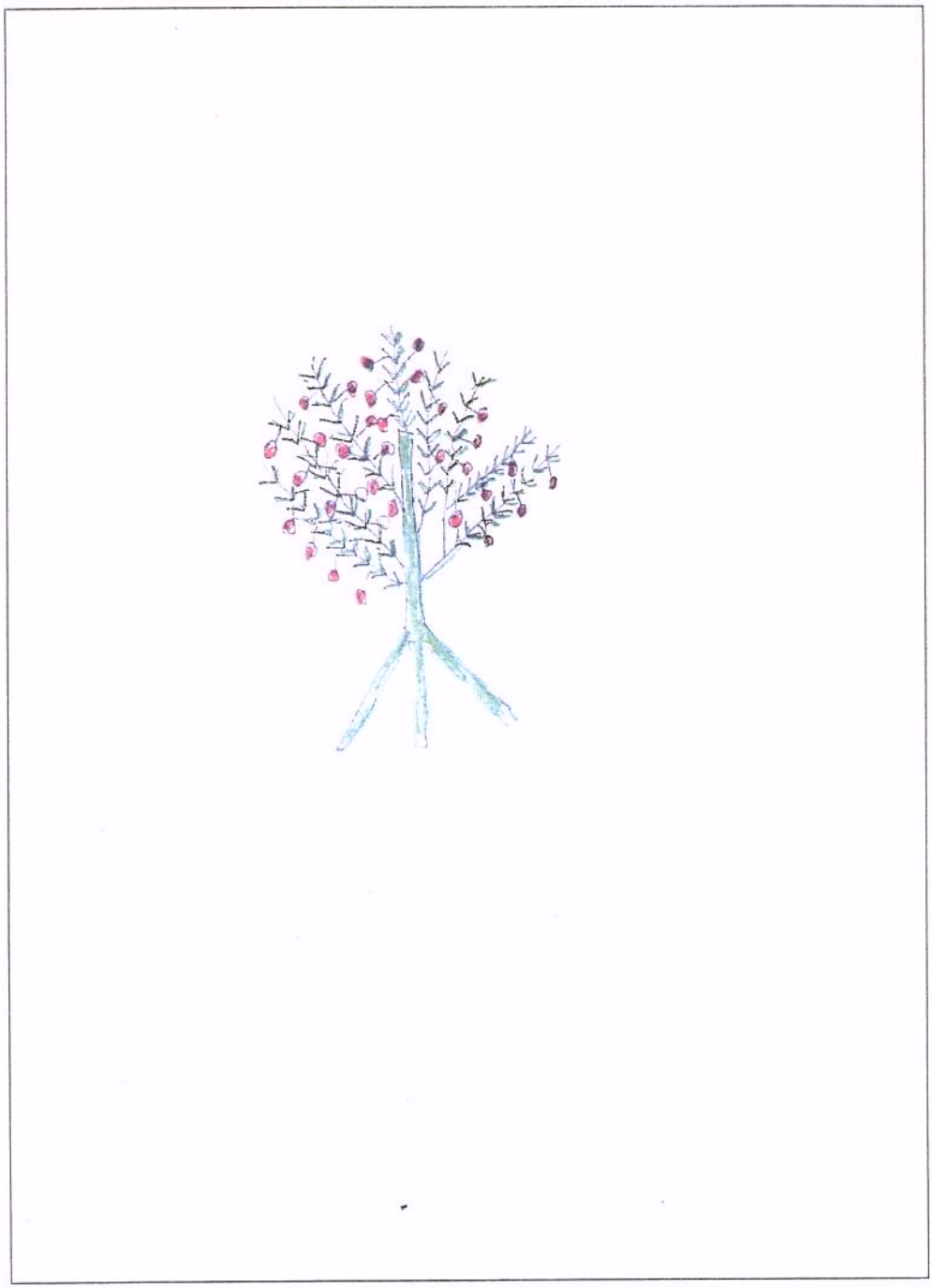
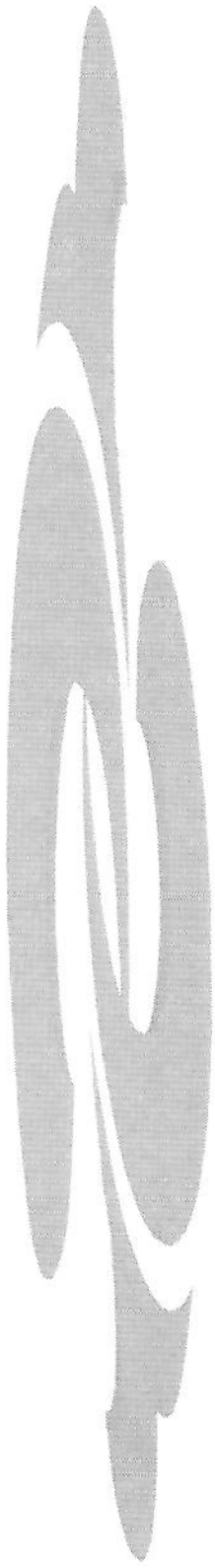


Figura 10: Desenho Livre



CAPÍTULO 7: DISCUSSÃO

No presente estudo, B.I.M. revelou seu mundo e descreveu seu estado ansioso. Destacou a necessidade de conversar com alguém que a compreendesse, como também, relatou que se sentia aliviada ao expressar suas dificuldades acadêmicas e profissionais, os conflitos familiares e conjugais, as limitações impostas pelas crises de ansiedade, as dificuldades quanto a levar adiante o tratamento medicamentoso, entre outras.

Com base no relato de B.I.M., reafirmamos a relevância de um trabalho de pesquisa que revelasse o sujeito e suas relações, foco de nosso interesse, mas que também possibilitasse ao sujeito expressar sentimentos e tudo aquilo que julgasse importante.

B.I.M. referiu-se às crises de ansiedade, ora identificando as manifestações corporais, tais como opressão torácica, sudorese, formigamento, tremor, etc., ora como inquietação, sobressalto ou medo. Outras vezes, referiu-se à ansiedade como uma emoção desagradável , generalizada e dirigida ao futuro.

De acordo com B.I.M., as crises de pânico impediam a realização de suas atividades cotidianas e ocasionavam excessivo sofrimento. Em algumas ocasiões, referiu-se a uma ansiedade crônica, um estado habitual de alerta, principalmente nas situações as quais se encontrava sozinha e nas situações de interação social. Descreveu a ansiedade como uma "grande ferida" e indicou, para demonstrar a expressão corporal desta, sua garganta e seu tórax.

B.I.M. descreveu, como queixa principal, um conjunto de sintomas que lhe causavam excessivo sofrimento e incapacitação. Buscou atendimento médico em decorrência das freqüentes e intensas crises de ansiedade que vinha apresentando.

Após buscar, sem sucesso, diferentes especialidades médicas, finalmente foi atendida por um psicólogo e um médico psiquiatra. Os sintomas relatados por B.I.M. atendiam os critérios diagnósticos do DSM-IV para Transtorno de Pânico com Agorafobia.

Após o diagnóstico, recebeu orientação e foi incentivada a iniciar tratamento farmacológico e psicoterápico. Até então, B.I.M. nunca havia ouvido falar sobre as manifestações patológicas de ansiedade ou depressão. Tudo o que conhecia, nessa ocasião, era a própria vivência da ansiedade.

Na solidão, ou seja, no relativo desconhecimento ou no seu "não saber", quanto à possibilidade de receber atenção, atendimento e cuidados, auto avaliava-se como "incapaz e insegura". Seus pais, também, provavelmente, desconheciam os efeitos de lares desfeitos, separações, ansiedade infantil, etc. . Esse era um saber restrito aos cientistas, médicos, psicólogos e outros estudiosos do corpo, do psiquismo ou da conduta humana.

Os sintomas apresentados por B.I.M., por ocasião do primeiro atendimento psiquiátrico, satisfaziam os trezes sintomas somáticos e cognitivos exigidos pelo DSM-IV para um Ataque de Pânico. Segundo esse manual, os ataques completos de pânico, ou seja, aqueles nos quais são manifestados os treze sintomas ansiosos estão associados à maior morbidade. B.I.M. apresentava, também, uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques. Suas maiores preocupações estavam relacionadas ao medo de morrer, enlouquecer ou perder o controle.

De acordo com B.I.M., os primeiros Ataques de Pânico ocorreram de modo espontâneo. Nestas ocasiões, B.I.M. costumava acordar, em desespero, no meio da noite, pedindo socorro a seus familiares. Segundo seu relato, nessas situações seus familiares acordavam para prestar-lhe socorro e, muito nervosos, sofriam e tentavam acalmá-la. Os Ataques de Pânico manifestados por B.I.M. mobilizavam assim seu grupo familiar. A ansiedade de B.I.M., ultrapassando os limites de seu corpo-mente, alcançava, também, seu grupo.

A ansiedade manifestada por B.I.M. revelou-se disfuncional, comprometendo suas atividades cotidianas. Como destacou AJURIAGUERRA (1983), a ansiedade disfuncional "é uma "experiência individual que invade a pessoa até suas raízes" .

Através do relato de B.I.M., podemos identificar os Ataques de Pânico enquanto um estado de tensão expresso no campo psicológico, biológico (físico-químico) e social. Tal consideração, remete-nos à visão holística do homem e à necessidade de atenção, não só ao sujeito diagnosticado, ou seja, aquele que apresenta um transtorno de ansiedade, mas também de atentarmos à necessidade de assistência e orientação ao grupo familiar.

B.I.M., também, descreveu Ataques de Pânico predispostos pela situação, como por exemplo, viajar de ônibus. Era comum a esquiva aos locais ou situações das quais não pudesse receber ajuda ou escapar no caso de ter um Ataque de Pânico. B.I.M. evitava ficar sozinha em casa, estar fora de casa desacompanhada e viajar de ônibus. Porém, quando acompanhada por alguém de sua confiança, era capaz de enfrentar tais situações. Apresentava, também, esquiva às situações sociais e de desempenho.

Os temores agorafóbicos estavam relacionados a estar fora de casa desacompanhada, estar em meio a multidão e viajar de ônibus. As situações eram evitadas e exigiam, para serem enfrentadas e suportadas, a presença de uma pessoa de sua confiança. Os pensamentos, acerca de "estar trabalhando, "ser avaliada" ou fracassar", despertavam grande ansiedade.

As situações sociais e de desempenho, também eram temidas, evitadas ou suportadas por B.I.M. com intensa ansiedade. Contudo, as situações temidas e evitadas não se restringiam àquelas envolvendo um possível escrutínio por outras pessoas, assim como, quando na presença de outras pessoas de sua confiança as situações sociais eram enfrentadas. B.I.M. não descreveu se sentir observada e avaliada em meio a uma multidão, mas relatou o medo de vir a apresentar um Ataque de Pânico. As características dos sintomas apresentados e relatados por B.I.M., não atendiam, portanto, os critérios exigidos pelo DSM-IV para um diagnóstico de Fobia Social.

A Fobia Social, segundo o DSM-IV, é um transtorno de ansiedade caracterizado pela presença de uma ansiedade clinicamente significativa, provocada pela exposição às situações sociais ou de desempenho.

Embora B.I.M. tivesse relatado inquietação, fatigabilidade, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono, sintomas relacionados ao Transtorno de Ansiedade Generalizada, estes também, não atendiam os critérios exigidos pelo DSM-IV para um diagnóstico adicional de Transtorno de Ansiedade Generalizada, visto que, o foco da ansiedade ou preocupação estariam predominantemente relacionados aos Ataques de Pânico.

Também, de acordo com o DSM-IV, o Transtorno de Ansiedade de Separação em adultos é raro e não deve ser dado como diagnóstico adicional, caso os sintomas envolvendo a ansiedade de separação possam ser melhor explicados por Agorafobia no Transtorno de Pânico com Agorafobia ou na Agorafobia sem História de Transtorno de Pânico.

O diagnóstico diferencial entre Agorafobia, Fobia Social, Fobia Específica e a Ansiedade de Separação deve ser realizado segundo esse manual, visto que, em todos esses transtornos ansiosos ocorrem esquiva às situações específicas. Enquanto na Fobia Social a esquiva limita-se a situações sociais e de desempenho pelo medo do embaraço, na Fobia Específica a esquiva limita-se geralmente a uma única situação e na Ansiedade de Separação está relacionada à separação de figuras de vinculação importantes.

Nossa proposta, neste estudo, foi a de revelar o sujeito, buscando compreendê-lo ao longo de sua história e de sua especificidade. Contudo, consideramos que relacionar os dados obtidos com os dados gerais da literatura são de grande valia para investigação dos quadros ansiosos e depressivos

A comorbidade entre diferentes transtornos ansiosos e depressivos tem preocupado os profissionais de saúde e revelado-se como importante campo de investigação e atenção. A ocorrência simultânea dos transtornos ansiosos é comumente relatada na literatura. SOUZA (1996_a), investigando um grupo de trinta pacientes com Transtorno de Pânico com ou sem Agorafobia, constatou que 46,66% dessa amostra preenchiam os critérios do DSM-IV para Transtorno Depressivo Maior e 26,66% para Fobia Social. ANDRADE *et al.* (1994_b) descreveram que a depressão ocorre em 45% a 70% de pacientes com Transtorno de Pânico. BREIER *et al.* (1986) relataram taxas de 70% de Depressão Maior em pacientes com Transtorno de Pânico e Agorafobia.

Segundo o DSM-IV, o Transtorno Depressivo Maior ocorre em 50% a 65% dos indivíduos com Transtorno de Pânico e a Fobia Social em 15% a 30% desses indivíduos. BARLOW *et al.* (1985), estudando um grupo de pacientes com Transtorno de Pânico e Agorafobia, diagnosticaram 22% desses indivíduos como fóbicos sociais. SHEEHAN *et al.*

(1980) descreveram que 65% de pacientes investigados com Transtorno de Pânico tinham medo de comer ou beber em público. SOLYOM *et al.* (1996) relataram que 55% de oitenta pacientes agorafóbicos apresentavam Fobia Social.

Estudos com pacientes adultos que apresentam Transtorno de Pânico, também revelaram uma alta freqüência para os Transtornos de Personalidade. Entre os mais comuns encontram-se o Transtorno da Personalidade Esquiva e o Transtorno da Personalidade Dependente (REICH & YATES, 1989).

Um Transtorno da Personalidade, segundo o DSM-IV, refere-se a um padrão persistente de vivência íntima ou um comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo. Tem seu início na adolescência ou início da idade adulta. É estável ao longo do tempo e provoca sofrimento ou prejuízo significativo. Os traços de personalidade, referem-se a padrões persistentes no modo de perceber, relacionar-se e pensar sobre o ambiente e sobre si mesmo. São exibidos em uma ampla faixa de contextos sociais e pessoais. Os traços de personalidade quando inflexíveis, mal-adaptativos e quando resultam em prejuízo funcional ou sofrimento subjetivo significativo, constituem um Transtorno de Personalidade. O Transtorno da Personalidade, de acordo com esse manual, manifesta-se em pelo menos duas das seguintes áreas: cognição, afetividade, funcionamento interpessoal ou controle dos impulsos (Critério A); é um padrão persistente e inflexível e abrange uma ampla faixa de situações pessoais e sociais (Critério B); provoca sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional, ou em outras áreas importantes da vida (Critério C); O padrão é estável e de longa duração, podendo seu início remontar pelo menos à adolescência ou começo da vida adulta (Critério D); O padrão não é melhor explicado como uma manifestação ou conseqüência de outro transtorno psiquiátrico (Critério E) e nem decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral (Critério F). As categorias de Transtorno da Personalidade podem ser aplicadas às crianças e adolescentes em casos relativamente raros, nos quais os traços mal-adaptativos do indivíduo parecem ser invasivos, persistentes e improvavelmente limitados a um determinado estágio evolutivo ou a um episódio de um transtorno do Eixo I (Transtornos Clínicos). Para o diagnóstico de Transtorno da

Personalidade, em indivíduos com menos de 18 anos, as características devem estar presentes por no mínimo um ano. Exceção para o Transtorno de Personalidade Anti-Social que não pode ser diagnosticado em menores de 18 anos. Contudo, ressalta esse manual, que alguns dos Transtornos da Personalidade podem ter um relacionamento de "espectro" com determinadas condições do Eixo I, como por exemplo, o Transtorno da Personalidade Esquiva com Fobia Social, com bases em semelhanças fenomenológicas, biológicas ou de agregação familiar.

De acordo com o DSM-IV, o Transtorno da Personalidade Esquiva é um padrão invasivo de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa, que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos. Por outro lado, o Transtorno da Personalidade Dependente refere-se a uma necessidade invasiva e excessiva de ser cuidado, que leva ao comportamento submisso e aderente e ao medo da separação. Esse padrão começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos. Os comportamentos dependentes e submissos visam a obtenção de atenção e cuidados e surgem de uma percepção de si mesmo como incapaz de funcionar adequadamente sem o auxílio de outras pessoas. Indivíduos com esse transtorno têm dificuldade em tomar decisões corriqueiras, tendem à passividade, solicitam que outras pessoas assumam a responsabilidade pela maioria das áreas de sua vida, tipicamente dependem de um dos pais ou cônjuge, são pessimistas e inseguros, tendem menosprezar suas capacidades e realizações, temem perder o apoio e a aprovação dos outros e têm convicção de que são incapazes de funcionar sozinhos. Em contextos clínicos, esse transtorno é diagnosticado com maior freqüência em mulheres.

Ressalta esse manual que, freqüentemente, o Transtorno da Personalidade Esquiva é diagnosticado juntamente com o Transtorno da Personalidade Dependente. Outros transtornos comumente diagnosticados com esses Transtornos da Personalidade são os transtornos de humor e de ansiedade. Tanto o Transtorno da Personalidade Esquiva como o Transtorno da Personalidade Dependente caracterizam-se por sentimentos de inadequação, hipersensibilidade às críticas e necessidade de reasseguramento. Entretanto, os indivíduos com Transtorno da Personalidade Esquiva têm um medo tão grande da

humilhação e rejeição que se esquivam até terem a certeza de que serão aceitos, enquanto aqueles com Transtorno da Personalidade Dependente têm um padrão de busca e manutenção de proximidade com outras pessoas que lhes são importantes, ao invés de evitarem e absterem-se dos relacionamentos.

De acordo com esse manual, parece haver uma sobreposição entre os diagnósticos para Transtorno da Personalidade e Fobia Social, tipo generalizada, de modo que os dois talvez representem conceitos alternativos da mesma condição ou de condições similares. O comportamento de esquiva é uma característica tanto do Transtorno da Personalidade Esquiva como do Transtorno de Pânico com Agorafobia, e esses, freqüentemente, ocorrem juntos. Contudo, ressalta este manual que a esquiva no Transtorno de Pânico com Agorafobia começa tipicamente após o início dos Ataques de Pânico, enquanto a evitação do Transtorno da Personalidade de Esquiva tende a um início precoce e a uma ausência de desencadeantes definidos e a um curso instável.

CAMISÃO *et al.* (1996) referem-se aos estudos de SANDERSON & WETZLER (1994), que avaliando os Transtornos da Personalidade em 347 pacientes com diferentes transtornos de ansiedade, encontraram respectivamente as seguintes freqüências para comportamento evitativo e dependente: Transtorno de Pânico (13%) e (8%), Transtorno de Pânico com Agorafobia (9%) e (8%), Fobia Social (37%) e (18%), Transtorno de Ansiedade Generalizada (13%) e (5%). A maior freqüência para Transtorno da Personalidade Esquiva e Dependente foi encontrada no grupo com Fobia Social.

REICH & YATES (1989) relataram uma maior freqüência de Transtornos da Personalidade, em pacientes com Transtorno de Pânico, do que na comunidade geral. FIGUEIRA et al. (1994), comparando uma amostra de 131 pacientes com Fobia Social e 50 pacientes com Transtorno de Pânico encontraram uma comorbidade para Transtorno da Personalidade de 51,58% para pacientes com Fobia Social e de 47,83% para aqueles com Transtorno de Pânico. Em ambos os grupos o Transtorno da Personalidade Esquiva foi o diagnóstico de maior freqüência, 46% para fóbicos sociais e 35% para o grupo com Transtorno de Pânico. O Transtorno da Personalidade Dependente foi de 8,7% para o grupo com Fobia Social e de 15,2% para o grupo com Transtorno de Pânico.

Nos indivíduos com Transtorno de Pânico com ou sem Agorafobia, são comuns a presença de sintomas fóbicos, depressivos ou uma ansiedade flutuante. Para alguns autores, não existe uma linha nítida e demarcatória separando uns dos outros, o que favorece a hipótese de uma síndrome ansiosa geral em que diversos sintomas ocorrem concomitantemente. SHEEHAN (1983) propõe um modelo dimensional no qual o Transtorno de Pânico, a Fobia Social e a Agorafobia são estágios diferentes de gravidade da ansiedade endógena.

Quanto ao caso em estudo, o diagnóstico de Transtorno de Pânico com Agorafobia confirmam as descrições das amostras clínicas referente a esse transtorno, as quais indicam que 95% dessa população apresenta Transtorno de Pânico com Agorafobia.

Quanto a evolução das crises de pânico, B.I.M. relatou uma diminuição na freqüência e intensidade dos Ataques de Pânico, quando comparado ao início das crises, acompanhada de uma relativa redução da esquiva fóbica. B.I.M., atualmente, vai sozinha à feira e ao centro comercial de seu bairro. Contudo, para outros locais como Shopping Center, ainda necessita da presença de uma figura de vinculação importante.

B.I.M. descreveu sua dificuldade em aderir ao tratamento e destacou sua dificuldade em ir ao hospital e de lá permanecer. Para tanto, era necessário que alguém de sua confiança a acompanhasse. Seu relato chama atenção para o fato de que pacientes podem abandonar o tratamento iniciado em virtude da dificuldade de permanecerem em locais com multidão ou pela ausência de um acompanhante de sua confiança. Quando atentamos para as características da grande maioria dos hospitais públicos do país, onde são comuns o elevado número de pessoas, com longas filas e exaustivas horas de espera para a consulta, compreendemos que são situações que, muitas das vezes, dificultam com que esses pacientes ali permaneçam ou retornem à consulta, favorecendo o abandono ao tratamento.

B.I.M. relatou que, em casa, sentia-se segura e protegida. Quando atentarmos para as condições de moradia, verificamos que permanecer em casa significava, também ter alguém sempre por perto.

Quanto à adesão ao tratamento, B.I.M. interrompeu o uso do fármaco diversas vezes, retornando a usá-lo quando orientada pelo médico. Considerou que os Ataques de Pânico retornarão caso abandone a medicação. De acordo com B.I.M. ela "já botou na cabeça que se não tomar o remédio vai sentir tudo de novo".

De acordo com a Teoria da Ligação ou Apego, o Comportamento de Apego, ou seja, toda e qualquer forma de comportamento, na qual um indivíduo busque ou mantenha proximidade de um outro, o qual é considerado o mais sábio e mais forte, mantém-se ativado até o final do terceiro ano de vida, tornando-se a partir daí menos freqüente. Ainda segundo este referencial, o Comportamento de Apego pode ser ativado por condições do mundo interno, como por exemplo, o mal estar provocado por sintomas corpóreos e/ou pelas condições do meio ambiente. Neste sentido, o Comportamento de Apego em sua função de proteção tem um valor de sobrevivência.

A partir dessa abordagem, podemos considerar que nas crises de pânico o Comportamento de Apego encontra-se ativado por condições do mundo interno e/ou externo (sintomas corpóreos/cognitivos e/ou condições adversas do meio ambiente, como por exemplo, estar em meio a multidão e não ter como escapar ou receber socorro no caso de um Ataque de Pânico). Seu término irá requerer a presença de uma figura de ligação importante. Assim, a manutenção de proximidade com uma figura de apego é experimentada como fonte de segurança. B.I.M. descreveu os Ataques de Pânico como a vivência de sua própria morte. B.I.M. não quer morrer, e para vencer a morte precisa ter alguém de confiança ao seu lado, ou seja, não ficar só.

O Comportamento de Apego, embora seja considerado um comportamento social, desenvolve-se, visto que o indivíduo nasce com uma forte inclinação para aproximar-se de certos estímulos, preferencialmente os familiares, e para evitar outras classes de estímulos estranhos. Um sistema comportamental interno irá controlar a propensão estável de busca de proximidade de uma pessoa de ligação. O Comportamento de Apego pode ser compreendido, então, como resultado daquilo que poderia ser chamado de sistema de regulação de segurança, sistemas esses cujas atividades tendem a reduzir o risco do indivíduo se dar mal ou correr riscos e são sentidas como levando a um alívio da ansiedade e a um aumento da sensação de segurança.

O Comportamento de Apego sugere um valor de proteção à vida. A tendência a reagir pelo medo, quando uma criança está só ou no escuro expressam uma tendência geneticamente determinada, que prepara o indivíduo para enfrentar perigos reais. De acordo com a Teoria da Ligação ou Apego, o desenvolvimento do Comportamento de Apego será determinado por fatores biológicos e genéticos, como também, por aquele desempenhado pelo processo de aprendizagem, atuando esses fatores de modo contínuo e interatuantes.

B.I.M. durante os Ataques de Pânico, tal qual uma criança quando separada de sua mãe, chora e exibe sinais de sofrimento. Após seu retorno ou contato com a figura de vinculação, agarra-se a esta, assegurando-se de sua volta. B.I.M. assim descreveu seu comportamento durante as crises: "*eu batia [Referindo-se bater na porta da casa de sua sobrinha]. C. C. [Gritando pela sobrinha] me socorre! (...). Eu deitava, relaxava*". Em outra ocasião relatou: " *Ele [referindo-se ao esposo] tinha que estar ao meu lado (...). (...) por que eu me sentia protegida assim*".

De acordo com a Teoria do Apego, a ansiedade de separação é aquilo que sentimos quando nosso Comportamento de Apego é ativado e buscamos sem êxito uma figura de apego, ou como sentimo-nos quando, por qualquer razão, estamos incertos de que a figura de apego estará a nosso alcance. Nesse sentido, é compreendida enquanto uma resposta comum a uma ameaça ou algum risco de perda. É uma reação puramente instintiva. Sua freqüência e duração dependerão das relações estabelecidas nos primeiros anos de vida com figuras de vinculação, assim como, da presença ou ausência de uma base segura.

Por outro lado, segundo essa teoria, enquanto a ansiedade de separação é uma resposta comum à ameaça ou risco de perda, o luto, por sua vez, é a resposta usual a uma perda após esta ter ocorrido. As três primeiras fases de seu curso, ou seja, Fase de Torpor, Fase de Busca da Figura Perdida e Fase da Desorganização e Desespero envolvem intensa aflição, crises de choro, desassossego, etc., seguida por uma fase de maior ou menor grau de reorganização. O pesar crônico é observado comumente nas seguintes situações: a) um vínculo no qual boa parte da auto-estima e a identidade do papel do sobrevivente dependia da contínua presença do outro; b) ausência de relações estreitas com outros membros familiares; c) a presença de relações ambivalentes, como por exemplo, quando o sobrevivente culpa-se por não ter sido um bom companheiro.

As duas primeiras condições descritas acima (a e b), foram identificadas no relato de B.I.M., acerca de sua relação estabelecida com a cunhada. Nesse caso, B.I.M. protesta sua ausência , sente saudades e busca a cunhada perdida, tal como esperava seu pai após seu falecimento. Suas esperanças de que a figura importante de vinculação regresse são reduzidas e a Fase de Desespero poderá revelar-se também em crises de ansiedade.

BOWLBY (1993_b) enfatizou a estreita vinculação entre agorafobia e depressão. De acordo com o DSM-IV, em contextos clínicos, 95% daqueles que apresentam agorafobia têm um diagnóstico atual ou história de Transtorno de Pânico; o Transtorno Depressivo Maior ocorre com freqüência (50% a 65%) em indivíduos com Transtorno de Pânico; a depressão precede o início do Transtorno de Pânico em 33% dos indivíduos com ambos os transtornos; em 66,66% dos casos a depressão ocorre ao mesmo tempo ou após o início do Transtorno de Pânico. Os estudos de SCHAPIRA *et al.* (1970) apud [BOWLBY (1990_b)] demonstraram que pacientes agorafóbicos estão expostos mais que outras pessoas ao risco de apresentar sintomas depressivos.

De acordo com BOWLBY (1990_b), o objeto mais significativo que pode ser perdido não é o seio, mas a própria mãe. A perda de um ou de ambos os pais ou seus substitutos, não só darão origem à ansiedade e ao pesar, mas também, ao processo de luto. As perdas ocorridas nos primeiros anos de vida são mais suscetíveis de adotar um curso patológico do que aquelas ocorridas na adolescência ou vida adulta, como também a deixar o indivíduo, a partir daí, mais propenso a responder de maneira análoga a uma nova perda. São exemplos de situações de perda a morte de uma figura significativa, a separação real, rejeição, perda de atenção e cuidados pela chegada de um novo bebê, perda de afeição de um dos pais pelo outro, entre outras.

Identificamos, na história de B.I.M., através de seu relato, a ocorrência de sucessivas separações e perdas ao longo do seu desenvolvimento: nascimento da sobrinha, separação dos pais, separação da mãe, separação da sobrinha; morte do pai, morte da cunhada, entre outras.

Quanto aos fatores associados ao surgimento das crises, B.I.M. destacou as situações de perda, como por exemplo, a morte de sua cunhada, ocorrida um mês antes do primeiro ataque, a morte de uma tia de seu esposo, e posteriormente, a falta de cuidados e atenção recebidos durante a infância. Como fator de proteção às crises destacou a proximidade de alguém de sua confiança.

Quanto às perdas e/ou separações significativas ocorridas na infância ou adolescência de indivíduos adultos com Transtorno de Pânico, SOUZA (1996_a) observou uma maior freqüência (13%) para a situação "ruptura da família" por separação, divórcio, desavença ou abandono do lar e para a situação "morte de um dos pais" em 10% dos casos. Essas condições, também foram identificadas na história de vida de B.I.M..

De acordo com a Teoria do Apego, o tipo de experiência que o indivíduo tem, especialmente durante a infância, terá grande influência sobre o fato dele esperar ou não encontrar mais tarde uma base pessoal segura, e, também, sobre o grau de competência que apresentará para iniciar e manter relações mutuamente gratificantes. A natureza das expectativas e o grau de competência desempenham um papel importante na determinação dos tipos de pessoas com quem buscará associação. Em decorrência dessas interações iniciais, seja qual for o primeiro padrão estabelecido, esse tenderá a persistir.

PERREIRA (1997), investigando e abordando o problema dos Ataques de Pânico, a partir de uma perspectiva da dimensão subjetiva, como proposta pela Psicanálise, destacou, que, embora as drogas utilizadas para controlar os Ataques de Pânico sejam extremamente eficazes, obtendo sucesso quanto à remissão dos sintomas, um estudo mais atento dos casos vem demonstrar que tais indivíduos mostravam-se inseguros, com medo do retorno dos ataques e necessitando de um reasseguramento externo constante, principalmente sob a solicitação de encontros freqüentes com seu médico para que este lhe assegurasse que tudo estava bem com eles. Observou, também, esse autor, a necessidade desses pacientes em terem um acompanhante fóbico, o qual representava uma espécie de guardião, sempre a postos para eventuais necessidades. Destacou, também, que esses indivíduos demandavam um reasseguramento explícito e constante para manterem-se confiantes de que as crises não mais retornariam. Solicitavam eles mesmos novos encontros,

mesmo após terem recebido alta clínica. O remédio era sempre guardado ao alcance das mãos, mesmo quando o clínico já havia indicado suspensão do tratamento devido à remissão dos sintomas. O profundo sentimento de insegurança foi também observado em outros pacientes que apresentavam ansiedade, mas não Ataques de Pânico, tais como pacientes fóbicos, agorafóbicos e crianças com ansiedade de separação.

Semelhantes observações, acerca de pacientes com Transtorno de Pânico, foram identificadas por SOUZA (1996_a). Os encontros dos pesquisadores com B.I.M., também permitiram observar as dificuldades de B.I.M. relacionadas à "separação" da medicação, a separação dos pesquisadores a cada término de entrevista e por ocasião da conclusão do estudo, assim como, de sua espera ansiosa pela chegada dos pesquisadores em sua residência.

GITTELMAN & KLEIN (1984) sugeriram a continuidade entre ansiedade de separação e os Ataques de Pânico da vida adulta. KLEIN & FINK (1962) avaliaram os ataques espontâneos de pânico como uma disfunção biológica e diferente de outras formas de ansiedade. Esses autores, baseados na Teoria do Apego, a qual defende que a separação de uma figura de confiança provoca uma resposta instintiva, ou seja, um mecanismo de alarme, que atua com o objetivo de assegurar o retorno da mãe e que pode ser inicialmente observada pelo protesto e posteriormente pelo desespero, identificaram o desespero como sendo a resposta de pânico, a qual é biologicamente pré-determinada. Neste sentido, os indivíduos que apresentam crises de pânico apresentam um limiar patologicamente diminuído de desencadeamento dessa resposta inata de desespero. Nesses indivíduos, esse mecanismo inato seria ativado por estímulos mínimos indicadores de perigo ou na ausência desses.

BLACK & ROBBINS (1990) defenderam a hipótese de que tanto o Transtorno de Pânico como o Transtorno de Ansiedade de Separação seriam manifestações clínicas de uma única alteração fisiológica.

COOPER (1985) observou que alguns pacientes podem ter um limiar baixo para ansiedade de separação, levando a ataques de pânico não relacionados a um conflito psicológico. Esse autor considera tanto os ataques relacionados a uma etiologia psíquica ou por fatores ambientais, como àqueles ligados a uma vulnerabilidade biológica.

CLARK (1986) apresentou a hipótese de que indivíduos com Transtorno de Pânico estão mais atentos às sensações corporais, prontos para avaliar as sensações corporais como uma catástrofe orgânica. Sentindo-se ameaçado, o indivíduo vivencia o desamparo, o qual é expresso sob a forma de um Ataque de Pânico. As sensações corporais, neste caso, são decodificadas como desintegração corporal e psíquica, provocando o medo da morte, de perder o controle ou enlouquecer. Os Ataques de Pânico, segundo esse autor, resultam portanto, de uma tendência a interpretar de maneira catastrófica as sensações corporais, visto que as mesmas são percebidas como indicando uma catástrofe física ou mental.

PEREIRA (1997) refere-se que sob uma orientação behaviorista, o pânico é um tipo particular de angústia fóbica, que se instala a partir de uma forma patológica de aprendizagem. Destacam essas abordagens, que na história de vida desses indivíduos ocorreram experiências concretas e aterrorizadoras as quais estariam associadas a estímulos específicos.

Teorias comportamentais enfatizaram que o comportamento pode ser mantido ou modificado em função de eventos ambientais ou fisiológicos a ele associados, não levando em consideração as motivações inconscientes, enquanto que uma abordagem cognitiva incluiu o estudo de "variáveis encobertas" (pensamentos e sentimentos). De acordo com a abordagem cognitiva é fundamental uma compreensão entre a inter-relação entre eventos ambientais e o modo como a pessoa interpreta-os e organiza-os cognitivamente (CORDIOLI, 1993).

NETO (1993), discutindo o modelo cognitivo para o tratamento do Transtorno do Pânico, destacou as principais dificuldades psicossociais apresentadas por esses indivíduos. Nesses, foram observados o comportamento dependente, ou como resultado da ansiedade, ou por falta de habilidades sociais, tais como, capacidade de auto-afirmação, medo de críticas, de assumir responsabilidades, dificuldade para solucionar problemas cotidianos da vida, percebendo-se como incapazes de ter um desempenho adequado sem ter alguém de sua confiança por perto. Ressaltou esse autor, que os Ataques de Pânico comumente surgem em épocas da vida onde existe a expectativa de independência, como o

final da adolescência, escolha profissional, casamento, etc.. São, também, comumente observadas, nesses pacientes, baixa auto-estima e reduzida autoconfiança; conflito interpessoal gerando situações sem saída, como por exemplo, anseia pelo divórcio, mas julga-se incompetente para enfrentar a vida sozinho; tendência a identificar incorretamente os antecedentes emocionais, não percebendo com clareza as emoções, como por exemplo, confundem raiva, sexualidade, dor, etc., percebendo apenas um despertar autonômico difuso; sensações corporais são ameaçadoras, nas quais um formigamento na mão pode ser avaliado como um grave problema neurológico, estando sua vida correndo sério perigo; acontecimentos que comumente as pessoas vivenciam como negativos são sentidos por esses indivíduos como muito mais intensos; há dificuldades nas relações interpessoais e ganhos secundários com a doença.

IONESCU (1997) destacou a abordagem ecossistêmica como uma interpretação diferente das noções de saúde mental e patologia, assim como sobre a noção do sintoma. De acordo com esta abordagem os sintomas podem ser considerados como uma metáfora das relações interpessoais. Contudo, o ponto de vista ecológico não significa uma substituição da patologia individual por uma patologia familiar ou social. Ressaltou esse autor os estudos de PATTISON & HURD (1994) os quais apresentaram uma abordagem ecossistêmica.

De acordo com PATTISON & HURD (1994) [apud IONESCU (1997)], a Rede Psicossocial constitui uma matriz social fundamental que pode promover a saúde ou a patologia. A rede social desempenha diferentes funções, entre essas a de assistência, afetivas e normativas, oferecendo modelos e papéis, assim como, a de criar em seus membros o sentimento de pertença ao grupo.

Buscando investigar a rede psicossocial de um indivíduo, PATTISON (1977) apud [IONESCU (1997)] elaborou um instrumento, o Pattison Psychosocial Inventory, que permite avaliar a lista de todas as pessoas importantes para o sujeito, quer as ame ou não, pessoas que podem ser classificadas em função de sua pertença (família, parentes, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, etc.); os laços, as conexões que existem entre os membros da rede, fora de suas relações com o sujeito estudado; a natureza e qualidade das interações entre o sujeito e cada uma dessas pessoas, levando em consideração diversas variáveis, tais

como, contatos, intensidade emocional, tipo de sentimentos, reciprocidade, entre outras. Estudando esse autor, uma amostra de pessoas com as mais variadas psicopatologias e, comparando-os com indivíduos supostamente normais, concluiu pela existência de três principais tipos de rede sociais : **(1) Rede da Pessoa Normal**, formada por 25 a 30 pessoas, com aproximadamente 6 pessoas em cada uma dos quatros subgrupos mencionados (família, parentes, amigos, vizinhos, colegas). O sujeito mantém contatos freqüentes com a maioria dos membros e seu investimento emocional é positivo e intenso. Os membros oferecem entre si assistência e as relações são recíprocas. Esse tipo de rede contribui para a redução do estresse e da ansiedade de seus membros; **(2) Rede de Tipo Neurótico**, encontrada nos casos de indivíduos que apresentam transtornos neuróticos, alcoolismo, outros drogaditos e naqueles indivíduos não psicóticos, mas os quais apresentam um comportamento inadaptado de longa duração. Nesses casos, a rede é formada por um número aproximado de 15 pessoas, nas quais os contatos são raros ou nunca ocorrem. Foi observado, também, nesses casos, que os indivíduos relataram mais sobre seus laços com os membros da família nuclear. A presença das interações emocionais são: negativa e fraca. As conexões ocorrem no sentido de que cada indivíduo interage com apenas 3 pessoas da rede; **(3) Rede do Tipo Psicótico**, comum às pessoas que apresentam esquizofrenia aguda ou crônica e àqueles que apresentam transtornos afetivos maiores, constituída por 10 a 12 pessoas, quase todas interagindo uma com as outras. As relações interpessoais são negativas ou ambivalentes e quase sempre o indivíduo é "preso" na sua rede e tiranizado por um sistema fechado, o qual possui pouca interação com sistemas mais amplos. O sistema engendra mensagens contraditórias, favorecendo o estresse e a ansiedade.

Quanto à ocorrência do Transtorno de Ansiedade de Separação, na infância e adolescência de B.I.M. seu relato sugere a ocorrência de ansiedade envolvendo a separação do lar ou de figuras de vinculação importantes, recusa a separar-se dessas pessoas, sofrimento significativo frente à ocorrência, ou previsão de afastamento de casa, ou de pessoas de vinculação importantes e a recusa em dormir sozinha. Como outras características apresentadas por B.I.M e relacionadas a esse transtorno destacamos:

- Retraimento social, apatia e tristeza quando longe de figuras de vinculação importantes;

- O medo de viajar de ônibus e de atravessar a rua acompanhados de sintomas somáticos como tonteira, tremores, taquicardia, etc.

- Saudade em relação às figuras significativas;

- Recusa escolar e evitação social;

- Queixas de que não era amada;

- Comportamento de inibição, baixa auto-estima;

- Episódio de crises de asma;

- Enurese presente, até aproximadamente os 12 anos, e encoprese em situações sociais.

Vale destacar, que alguns indivíduos podem negar a ocorrência da ansiedade de separação, a qual pode ser observada através de suas atividades independentes limitadas. Nos indivíduos mais velhos, a ocorrência do Transtorno de Ansiedade de Separação pode limitar suas capacidades para lidar com novas situações, como por exemplo mudança de emprego, mudança de casa, etc. Também, é comum a preocupação com os filhos ou cônjuge, experimentando acentuado desconforto quando separado destes. A ansiedade frente à separação ou a recusa de situações envolvendo a separação, como por exemplo, ingressar na universidade, podem persistir por muitos anos.

No presente estudo, embora tenhamos identificado, através do relato de B.I.M., a ocorrência de ansiedade relacionada à separação de figuras significativas, sugerimos que a apresentação dos sintomas relacionados ao Transtorno de Ansiedade de Separação quanto a sua intensidade e freqüência podem ter sido minimizados em decorrência das características de seu grupo familiar e de sua história de vida, como por exemplo, o hábito dos irmãos dormirem em um mesmo ambiente, a orientação recebida por seus pais de que deveria

brincar em casa, o fato de realizar suas atividades cotidianas em companhia de sua sobrinha, a orientação de que não deveria sair de casa desacompanhada, a separação de seus pais, a separação de sua mãe e o fato de que, na adolescência, o ambiente escolar revelava-se reforçador com características positivas, quando comparado com o ambiente doméstico, como por exemplo, a presença de amigos e de alimentação, proporcionando segurança.

A saudade, em relação a mãe, foi descrita por B.I.M. durante seus primeiros anos da infância, quando a mesma encontrava-se no ambiente escolar, antes mesmo que a separação de seus pais houvesse ocorrido. Em relação aos pesquisadores, também a saudade foi descrita.

A saudade sentida, em relação às figuras de vinculação, diante da separação, foram também identificadas por SOUZA (1996_a) em 43,3% de uma amostra, constituída por 30 indivíduos que apresentavam Transtorno de Pânico.

Em indivíduos com Transtorno de Ansiedade de Separação, a ameaça ou a separação do lar ou de figuras importantes de vinculação, podem provocar extrema ansiedade e até mesmo um Ataque de Pânico.

O Transtorno de Ansiedade de Separação pode apresentar-se de diferentes maneiras, indo desde a dificuldade de dormir sozinho até a recusa em ir ou ficar na escola. Se, por um lado, a criança manifesta apenas preocupações ocasionais em relação à separação dos pais ou de casa, conseguindo funcionar longe dessas figuras, apesar da evidência de ansiedade, por outro, algumas crianças apresentam reações de pânico a qualquer ameaça de separação, recusando-se a ir à escola ou ficar sozinha em casa (SOUZA & MATOS,1995).

GUTIÉRREZ (1996) observa que as reações de crianças com Transtorno de Ansiedade de Separação, ao separarem-se dos pais ou quando antecipam a separação, podem ser caracterizadas como autênticos Ataques de Pânico.

MOREIRA (1996), discutindo sobre o processo diagnóstico enfatiza que na criança, sua idade e seu conseqüente amadurecimento intelectual podem influenciar extraordinariamente na apresentação da doença. Conclui esse autor, pela necessidade de reduções fenomenológicas para que se consiga atingir o âmago essencial do sofrimento

infantil. ASSUMPÇÃO Jr. (1994) destaca que as crianças mais novas, ainda não elaboram o componente cognitivo, antes da aquisição do pensamento abstrato, condição esta que dificulta o diagnóstico nesse período de vida.

As dificuldades acima descritas podem ser exacerbadas quando os pais omitem tais sintomas ou buscam justificar o comportamento de suas crianças, por compreenderem tais manifestações como um desvio significativo da normalidade de seus filhos e/ou como resultado direto de sua relação com esses, sentido-se culpados pela dificuldade da criança e impotentes em sua função como pais. Observamos tais características no relato de B.I.M., em relação ao comportamento de suas filhas. Em algumas ocasiões, evitou o tema em questão ou buscou justificar o comportamento de suas filhas. Entre os comportamentos relatados, destacam-se: o comportamento de inibição, a recusa à escola, a dificuldade em dormir sozinha, comportamento dependente e a necessidade excessiva de atenção de suas duas filhas, assim como, a enurese e crises de asma apresentada pela filha mais nova. Nesse sentido, quanto a apresentação dos sintomas, destacamos também as características físicas de moradia, tal como a presença de um único quarto para uso do grupo, assim como, o modelo de funcionamento do grupo familiar os quais podem contribuir para que sintomas de ansiedade de separação sejam mascarados.

Quanto ao diagnóstico do Transtorno de Ansiedade de Separação segundo o Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais-(DSM-IV), em adultos, não se aplica o diagnóstico adicional de Transtorno de Ansiedade de Separação se os temores de separação são melhor explicados por Agorafobia. Essa posição contribui de certa maneira à abordagem dos transtornos evidenciados na infância e adolescência e aqueles manifestos na vida adulta como fenômenos isolados, favorecendo também a compreensão do indivíduo fragmentado ao longo do seu desenvolvimento.

Quanto aos antecedentes familiares, SOUZA (1996_a) verificou que em uma amostra de 30 pacientes com Transtorno de Pânico com ou sem Agorafobia 9(30%) descreveram seus pais como "alcoólatras", 2 (6,7%) suas mães como "alcoólatras" e 5 (16,7%) como apresentando algum irmão "alcoólatra". Nessa amostra 5 (16, 7%) referiram-se as suas mães como "extremamente ansiosas", 3 (10%) aos pais como "muito

ansiosos" e 1 (3,4%) como tendo um irmão "extremamente ansioso". B.I.M., em seu relato, também destacou alcoolismo do pai; como tendo um irmão extremamente ansioso e sua mãe como apresentando, atualmente, dificuldade para sair sozinha de casa.

Quanto a história pré-mórbida, a ocorrência de enurese na infância, foi observada em 30% dos casos em uma amostra de 30 pacientes com Transtorno de Pânico com ou sem Agorafobia. O comportamento dependente foi identificado em 43% desse grupo (SOUZA, 1996_a).

A presença de distúrbios respiratórios como asma e hiperventilação foram descritos também por 6 (27%) indivíduos de uma amostra de 22 pacientes que apresentaram Transtorno de Ansiedade de Separação na infância ou adolescência. Destes 12 (54%) apresentavam Transtorno de Pânico com ou sem Agorafobia na vida adulta, 5 (23%) Transtorno Depressivo Maior e 5 (23%) não apresentavam nenhum transtorno psiquiátrico. O temor excessivo e persistente ou relutância em ficar sozinho foi descrito por 95% desses indivíduos, seguido por preocupações de que um evento indesejado levasse à separação de figuras importantes de vinculação (91%) (SOUZA, 1996_a). GARLAND & SMITH (1990) relataram que mais de 50% das crianças com hiperventilação apresentam, também, transtornos de ansiedade e mais 30% apresentam transtornos depressivos. Acrescentam esses autores que o Transtorno de Pânico na infância e adolescência é mais freqüente nas crianças que também apresentam Transtorno de Ansiedade de Separação e Transtorno Depressivo.

Tal como observado no relato de B.I.M., em relação ao comportamento de suas filhas, dos 22 indivíduos investigados por SOUZA (1996_a), que apresentaram Transtorno de Ansiedade de Separação, na infância ou adolescência, 7 (31%) descreveram que pelo menos um de seus filhos apresentou ou apresentava comportamento dependente, 6 (27%) descreveram como características de seus filhos o comportamento de inibição, dificuldade nas situações de separação e recusa escolar.

LAST *et al.* (1987), investigando o Transtorno de Ansiedade de Separação e a recusa escolar, constataram que, embora o Transtorno de Humor (33.33%) e a ansiedade concomitante (50%) sejam comuns em ambos os transtornos, as crianças e suas mães

demonstraram mais psicopatologia associada com o Transtorno de Ansiedade de Separação (83%), como também, demonstraram que mais de 50% das crianças estudadas com Transtorno de Ansiedade de Separação, tinham pais com Transtorno de Humor ou de Ansiedade.

ROSEMBAUM *et al.* (1991a,b) avaliaram a relação entre as características infantis e o surgimento de transtornos ansiosos na vida adulta. Concluíram que as crianças inibidas (tendência a afastar-se, ou apresentar excessiva descarga autonômica diante de estímulos desconhecidos, ou desafios) apresentavam risco aumentado para múltiplos transtornos de ansiedade da infância. Verificaram, também, que os pais dessas crianças haviam apresentado comportamento de inibição e excessiva ansiedade e que a freqüência de crianças com comportamento de inibição foi maior no grupo de pais com Transtorno de Pânico. Relataram esses autores, que as crianças inibidas apresentavam evitação fóbica à escola, como também comportamento de retraimento social. Descreveram como sinais do comportamento de inibição os seguintes comportamentos: longa latência para interagir com adultos desconhecidos, retraimento frente a um objeto ou pessoa desconhecida, cessação do jogo, apego à mãe e aflição ou choro prolongado. Sugeriram que o comportamento de inibição infantil pode ser um fator de risco para Transtorno de Pânico na idade adulta.

Acerca do comportamento da filha mais nova de B.I.M., destacamos o comportamento de inibição, retraimento frente aos pesquisadores e apego excessivo, em relação à mãe, observados durante a realização da entrevista do grupo familiar. Esses, estão de acordo com os identificados por ROSEMBAUM *et al.* ($1991_{a,b}$). A recusa escolar e o comportamento dependente de suas duas filhas foi também relatado por B.I.M..

DELTITO *et al.* (1986), investigando um grupo de pacientes com Transtorno de Pânico com Agorafobia encontraram em 60% dessa amostra a ocorrência durante a infância ou adolescência do Transtorno de Ansiedade de Separação. Contudo, tal associação não foi observada no grupo de pacientes com Transtorno de Pânico sem Agorafobia.

Os estudos que sugeriram que o Transtorno de Ansiedade de Separação e o Transtorno de Pânico possuem um padrão familiar, favoreceram as hipóteses de uma etiologia genética e ambiental para os transtornos ansiosos, ao mesmo tempo que estimularam as controvérsias entre essas hipóteses, contribuindo também para a visão do homem fragmentado em corpo-mente e em relação ao meio social.

O estudo da ansiedade remete-nos à posição de BLEGER (1989) o qual destacou que toda conduta é sempre um fenômeno psicológico, social, biológico e físico-químico ao mesmo tempo. Diferentes hipóteses etiológicas acerca da ansiedade patológica e, portanto, diferentes abordagens, nos afastam da visão holística do homem como também da assistência integral à saúde. O encontro entre os diferentes profissionais que tratam do corpo, da mente, do grupo familiar, da criança, do adolescente, do adulto, etc., ou seja, o trabalho multiprofissional e interdisciplinar muitas da vezes não ocorre.

Quanto às Modalidades de Apego, verificamos que B.I.M. respondeu negativamente às condições e características relacionadas à Modalidade Apego Seguro. De acordo com B.I.M., durante a infância e adolescência, ela não se sentia segura e confiante para explorar o mundo, crescer e viver, destacando que sempre teve medo de enfrentar o mundo. Sobre as condições da infância favorecedoras de apego seguro, ressaltou que seus pais não estiveram disponíveis oferecendo cuidados e ajuda necessários ao seu desenvolvimento. Contudo, respondeu afirmativamente para a maioria das características e condições da infância e adolescência relacionadas ao Apego Ansioso Resistente e Apego Ansioso Evitante.

Em relação à Modalidade Apego Ansioso Resistente, relatou que sentia-se ansiosa para explorar o mundo, crescer e viver, recorrendo freqüentemente a outras pessoas em busca de segurança e apoio. Seus pais, segundo seu relato, mostraram-se disponíveis em algumas situações e em outras não.

Ao longo de seu relato de vida, foram identificados como pessoas de vinculação importantes seus pais, sua sobrinha, os amigos da infância, uma vizinha presente no período da infância, os poucos amigos da adolescência, seu esposo, sua cunhada, uma amiga presente na vida adulta, suas filhas, o médico psiquiatra, o psicólogo, os pesquisadores e "Deus".

As separações e perdas de figuras significativas ocorrida durante sua infância, como, por exemplo, a separação de sua mãe, a morte de seu pai, as características e condições de seu grupo familiar, entre outras, favorecem a hipótese desse modelo de apego, ou seja, ansioso resistente.

Como condições da infância e características de seu grupo familiar de origem favorecedoras desse modelo, destacamos, também, o número elevado de filhos, a presença de um irmão mais novo, com três anos de diferença em relação à idade de B.I.M., a adoção por sua mãe de uma criança, poucos anos antes do nascimento de B.I.M., o nascimento de sua sobrinha, o alcoolismo do pai, a ausência de uma figura materna substituta, os conflitos familiares, assim como as privações alimentares e materiais decorrentes do baixo nível sócio-econômico de seu grupo familiar.

B.I.M respondeu afirmativamente também às características e condições relacionadas à Modalidade Apego Ansioso com Evitação, com exceção da afirmativa referente à espera do abandono e rejeição. Embora B.I.M. tenha respondido que a afirmativa relacionada à "rejeição por parte dos pais não correspondesse a sua situação", identificamos em seu relato que a mesma enfatizou "não ser amada pelos pais durante a adolescência". Quando voltamos nossa atenção a esse período de vida de B.I.M., constatamos que seu pai faleceu quando B.I.M. tinha 14 anos e que nesse período estava separada de sua mãe, condição essa que sugere a vivência de B.I.M. quanto ao abandono e rejeição por parte de seus cuidadores. Destacou, também, que durante sua adolescência não tinha confiança de que quando buscasse ajuda seria ajudada e que durante esse período buscou viver sua vida sem amor e sem a ajuda dos outros.

De acordo com KOBAK *et al.* (1993) [apud MONTORO (1994)], os indivíduos que apresentam um Modelo Seguro de Apego, usam estratégias criativas de busca de proximidade e conforto quando têm o sistema de apego ativado. Por outro lado, os indivíduos com Modelo de Apego Inseguro tendem a usar estratégias defensivas de hiperativação ou desativação do sistema de apego. De acordo com esse autor, o Apego Ansioso Resistente ou Ambivalente corresponde a uma hiperativação do sistema de apego. Nesse caso, há uma manifestação exagerada do apego, no que diz respeito à freqüência e

intensidade das respostas de apego, visto que, o modelo representacional de apego internalizado pressupõem que as figuras de apego tendem a falhar. Desse modo, torna-se necessário um imenso controle e ativação total do sistema para conseguir um nível mínimo de segurança. Por outro lado, o Apego Ansioso com Evitação corresponde a uma desativação do sistema, à medida que o modelo representacional internalizado pressupõe a não disponibilidade ou rejeição por parte da figura de apego, levando a uma inutilidade de ativação do apego, a qual só traria sofrimento e os quais podem ser amenizados pelo comportamento de evitação.

Embora B.I.M. tenha respondido afirmativamente as características e condições de apego ansioso resistente e evitante, sugerimos como modelo representacional internalizado de apego o Modelo de Apego Ansioso Resistente ou Ambivalente, visto que, as características relacionadas a esse modelo foram identificadas no comportamento de B.I.M. em relação as filhas e aos pesquisadores, assim como, em relação ao médico psiquiatra, psicólogo e amigos. De acordo com a Teoria do Apego o padrão ou modelo de apego inicial, ou seja, estabelecido entre os três primeiros anos de vida com a figuras de ligação, tendem a persistir e a repetir-se as novas relações.

De acordo com BOWLBY (1990_b), a criança que cresceu segura e auto-confiante, cooperativa e prestativa, constituiu um modelo representacional de si mesma como sendo capaz de se ajudar e merecedora de ser ajudada, caso surjam dificuldades. A principal variável nesse processo é o grau em que os pais ou substitutos oferecem uma base segura, ou seja, a confiança de que existe uma ou mais pessoas que virão em ajuda, caso surjam dificuldades e estimulem a criança a explorar o ambiente a partir dessa base. Essas condições são promotoras de Apego Seguro. Nesse caso, o indivíduo confia que seus pais ou figuras substitutas estarão disponíveis oferecendo respostas e ajuda. Essa segurança faz com que o indivíduo sinta-se corajoso e confiante para explorar o mundo.

Quanto aos Padrões de Parentalidade Patogênicos, tal como referidos na Teoria do Apego, identificamos, no caso em estudo, como um dos fatores de Parentalidade Disfuncional, em relação à família de origem de B.I.M. a descontinuidade de parentalidade. De acordo com BOWLBY (1990_b), essa experiência pode levar uma criança, um

adolescente ou um adulto a viver em constante ansiedade, com medo de perder sua figura de ligação e, assim, apresentar um baixo limiar para manifestar o Comportamento de Ligação ou Apego Ansioso. Segundo a Teoria do Apego, a perda de um ou ambos os pais não só dão origem à ansiedade e ao pesar, mas ao processo de luto. Os afetos mais intensos e perturbadores ocasionados por uma perda são o medo do abandono, a saudade da figura perdida e a raiva por não encontrá-la. O tipo de experiência que o indivíduo tem, especialmente durante a infância, terá uma grande influência sobre o fato dele esperar ou não, mais tarde, uma base pessoal segura e, também sobre o grau de competência que apresentará para iniciar e manter relações mutuamente gratificantes.

Quanto aos Padrões de Interação do grupo familiar como apresentados por BOWLBY (1993_b), sugerimos quanto à família de origem de B.I.M., a presença do Padrão D, na qual um dos pais teme pela segurança do filho e por isso conserva-o em casa.

Quanto aos Padrões de Parentalidade Disfuncionais observamos e destacamos em relação à família atual de B.I.M. os abaixo descritos:

- Ameaças por parte dos pais de abandonar a família usadas como forma de coagir o cônjuge;

- Quando um dos pais, nesse caso a mãe, exerce pressão sobre os filhos para atuarem como figuras de ligação, invertendo a relação normal esperada;

Quanto aos Padrões de Interação familiar comumente encontrados nas famílias de crianças que apresentam recusa escolar e nas famílias de pacientes agorafóbicos, tal como apresentado na Teoria do Apego, observamos e destacamos em relação à família atual de B.I.M. os abaixo descritos:

- O Padrão A: no qual a mãe sofre de angústia crônica em relação às figuras de apego, retendo o filho em casa para fazer-lhe companhia;

- O Padrão C: B.I.M. receia que algum mal lhe ocorra fora de casa e assim permanece em casa para impedir o mal;

- O Padrão D: B.I.M. teme pela segurança das filhas e por isso mantém-nas em casa .

Ainda quanto a família atual de B.I.M., foi possível identificarmos:

- Comunicação difusa entre seus membros, evidenciada pela presença de frases incompletas, estilo obscuro e mudanças bruscas de assuntos;

- Comunicação sem direcionalidade e carga emocional adequada;

- Regras familiares não coerentes, na qual uma contraria a outra e não democráticas;

- Os papéis a serem desempenhados por seus membros não apresentam limites claros e definidos;

- Os conflitos são expressos, mas não positivamente valorizados e nem com busca de soluções. Tendem a ser avaliados como ameaça a seus membros;

- Manifestação da agressividade de forma destrutiva , eliminando a possibilidade de encontrarem soluções à situação geradora de raiva;

- Presença de afeição física na relação entre pais e filhos, contudo ausente na relação conjugal;

- Interação conjugal não diferenciada, na qual os limites do subsistema conjugal não são explicitados;

- Ausência de individualização, na qual cada membro comporta-se em relação aos demais como alguém separado e único;

- Ausência de integração na qual seus membros comportam-se de forma coesa e são capazes de atuarem em conjunto;

- Baixa auto-estima de seus membros.

A partir das características acima descritas, sugerimos a presença de uma interação familiar, a qual tende a dificultar o desenvolvimento emocional sadio de seus membros.

Ainda no que se refere às relações do indivíduo com seu grupo familiar, MONTORO (1994), baseado na teoria do Apego, definiu a família como um sistema de vínculos afetivos, cuja função essencial define-se enquanto o locus de formação da estrutura psíquica dos indivíduos. Enfatizou que as primeiras relações de um bebê e de uma criança são a origem da percepção de si próprio e do outro, assim como, de sua posterior capacidade para amar e interagir com a vida. Esse processo ocorre, através das relações que a criança tem com as figuras de apego, principalmente com a mãe e com o pai ou seus substitutos. Entre outras funções da família, destacou a proteção contra ameaças vinda do mundo externo, do próprio grupo e do próprio indivíduo; preparo da criança a fim de que se torne um ser autônomo, capaz de separar-se da família de origem e formar um novo núcleo familiar; preenchimento das necessidades amorosas e de ajuda mútua entre adultos. Como características das famílias que promovem apego seguro estão a possibilidade de comunicação livre sobre temas desagradáveis, assim como, a expressão de emoções negativas que tem como objetivo conseguir respostas de apoio e conforto. A criança com apego inseguro quase sempre, desde muito cedo, aprendeu que emoções negativas são ineficientes para obter respostas necessárias e tende, segundo esse autor, a exagerar a expressão dessas emoções (raiva, desespero, medo, insegurança, ciúme, etc.) ou tende a inibir a expressão desses. Essa tendência leva o indivíduo, tanto na infância quanto na vida adulta, a exagerar a expressão inadequada de emoções, podendo provocar respostas negativas e desfavoráveis dos outros envolvidos na relação, agravando assim o círculo vicioso. Acrescenta-se a esse quadro que modelos inseguros estão associados a padrões de comunicação que impedem ou dificultam a revisão dos próprios modelos de apego.

CECCONELLO & KOLLER (1999) enfatizaram que as experiências de apego que a criança desenvolve com seus cuidadores, possibilitam a construção de modelos internos de funcionamento do self e das figuras de apego que servirão como base para novos relacionamentos. Desse modo, o modelo que a criança constrói de si mesma reflete a

imagem que os pais têm dela e a noção de quão aceitável ou não ela percebe-se aos olhos dos pais. Destacam esses autores, com base na Teoria da Ligação, que o modelo das figuras de apego refere-se à idéia que a criança faz de quem são seus pais (figuras de apego), onde podem ser encontrados e como respondem às suas necessidades. Tais modelos irão influenciar o que ela sente em relação a cada um dos pais, em relação a si mesma e em relação a forma que espera que cada um a trate e como planeja seu próprio comportamento em relação a eles. Esses autores investigaram 100 crianças de ambos os sexo, na faixa etária entre 6 e 9 anos, de duas escolas públicas da cidade de Porto Alegre, buscando avaliar a representação mental da relação de apego através do desenho da família. Os desenhos foram avaliados através de duas escalas: a Escala de Freqüência de Sinais Específicos no Desenho da Família e a Escala Global para Avaliação do Desenho da Família (FURY *et al.*, 1997). Essas escalas foram traduzidas para língua portuguesa pela primeira autora do referido estudo.

A representação mental da relação de apego das crianças da amostra de CECCONELLO & KOLLER (1999) apresentaram resultados similares aos obtidos por FURY (1996). A análise do coeficiente de *alpha* de Gronbach demonstrou que o instrumento se adapta à população estudada, alcançando o objetivo de avaliar a representação mental de apego, concluindo esses autores que o desenho da família possibilita o acesso à representação mental da relação de apego.

De acordo com FURY *et al.* (1997), os primeiros autores a sugerirem uma relação entre as características do desenho e os modelos de apego foram KAPLAN & MAIN (1986), os quais identificaram uma lista de sinais específicos que surgiam nos desenhos da família de crianças com diferentes modelos de apego. FURY (1996), baseado nos estudos de KAPLAN & MAIN (1986), apresentou e validou a Escala Global de Avaliação do Desenho da Família. Nesta lista foram excluídos alguns sinais e adicionados novos.

A Escala de Freqüência de Sinais é composta por 24 itens que descrevem características do desenho, tais como falta de individuação, ausência de cor, falta de detalhes, figuras pequenas e no canto da página, figuras flutuando, figuras incompletas, entre

outras, os quais são pontuados de acordo com sua freqüência no desenho. São atribuídos um ponto a cada sinal determinado. A Escala Global para avaliação do desenho da família é composta por oito subescalas: (1)Vitalidade/Criatividade, (2)Felicidade/Orgulho da Família, (3)Vulnerabilidade, (4) Distância Emocional/Isolamento, (5)Tensão/Raiva, (6)Papéis Invertidos, (7)Dissociação e (8)Patologia Global. As escalas de (4)Distância Emocional/Isolamento e (5)Tensão/ Raiva estão relacionadas com história de apego ansioso-evitante; a de (3) Vulnerabilidade está relacionada com histórias de apego ansioso-resistente. A escala de (6)Papéis Invertidos está relacionada com as histórias de apego ansioso-resistente. As escalas de (1)Vitalidade/Criatividade e (2) Felicidade/Orgulho da Família estão relacionadas com apego inseguro de maneira geral e a escala de (8) Patologia Global aos três tipos de apego evitante-resistente-inseguro. As pontuações para cada escala variam de 7 a 1: (7) muito alto, (6) alto, (5) moderadamente alto, (4) moderado, (3) moderadamente baixo, (2) baixo e (1) muito baixo. Quanto mais características negativas o desenho apresenta mais alta a pontuação, com exceção da escala de (1) Vitalidade/Criatividade e (2) Felicidade/Orgulho da Família que quanto maior a presença de características positivas mais alta será a pontuação (CECCONELLO & KOLLER, 1999).

CECCONELLO *et al.* (2000) avaliaram o relacionamento entre mães e filhos que vivem em situação de pobreza, identificando indicadores de proteção e de risco para a representação mental da relação de apego. Para tanto, as mães responderam uma entrevista semi-estruturada sobre a gestação, características do filho e a relação entre eles. As crianças, após entrevista inicial, foram orientadas a desenhar seu grupo familiar. Os resultados obtidos indicaram dois grupos de risco no relacionamento mãe-criança: alto risco e baixo risco. As crianças do grupo de baixo-risco apresentaram aspectos mais positivos em seus desenhos, revelando melhor representação mental da relação de apego do que o grupo de alto risco. Como fatores de risco foram considerados aqueles que influenciassem negativamente o vínculo mãe-criança ou que dificultassem a relação, tais como, gravidez não planejada, sentimentos negativos e sofrimento durante a gestação, conflitos com o parceiro, sentimentos de rejeição, episódios de doença e internações hospitalares durante a gestação, gestação precoce em relação ao tempo do relacionamento, ausência do pai, recusa a amamentar o bebê e diferenças entre o filho imaginário e o filho real. Como fatores de

proteção, aqueles que tendiam a favorecer o vínculo mãe-criança, contribuindo para maior relação entre esses, tais como, sentimentos positivos em relação à gestação, sentimentos positivos em relação aos movimentos do feto, plano e expectativa dos pais em relação ao bebê, presença e acompanhamento do parceiro, deixar a criança dormir em seu próprio berço, sentimentos de alegria e satisfação por ocasião do nascimento, cuidar do bebê desempenhando o papel da figura de apego, entre outras. Quanto às características da criança foram considerados como fatores de risco o sentimento de injustiça, percebido pela criança perante uma punição, a conduta de oposição da criança, dependência excessiva da criança, mal humor, tendência a manipular os pais, comportamento opositor, etc. Como fatores de proteção destacaram o comportamento de chamar a mãe, independência, aceitar ausência da mãe, obedecer comandos e aceitar limites, entre outros.

No presente estudo, os resultados obtidos através do Teste das Fábulas e do uso do desenho também contribuíram para revelar o sujeito. De acordo com B.I.M., um filhote passarinho que estando junto a seus pais em uma árvore e foi obrigado a voar rapidamente, pois um vento forte sacudiu o galho, ou seja, uma situação de perigo ocorreu, é capaz de voar. Contudo, para B.I.M. ele irá cair, pois ainda não tem forças para voar sozinho tal como seus pais. Para B.I.M., embora o filhote venha a desenvolver-se este não crescerá muito ao chegar na fase adulta, pois filhotes passarinhos não "crescem muito".

B.I.M., tal qual o filhote passarinho, ainda exercita seu vôo solitário e teme perante a possibilidade de cair. Como um pássaro ela treina seu vôo autônomo, mas ainda cai ou fica tonta quando encontra-se sozinha na rua ou na ausência de seus cuidadores. As crises de pânico remetem a vivência da queda do filhote passarinho; os sintomas agorafóbicos ao temor diante a possibilidade de cair e a esquiva do vôo solitário. B.I.M. evita seu vôo solitário e necessita de um acompanhante, um guia, dos cuidadores durante seus vôos. Sua dificuldade em voar sozinha exacerbam a desesperança e contribuem à redução da auto-estima. Por outro lado a baixa auto-estima e a desesperança, pois ela acredita que cairá, dificultam seu vôo solitário. As interpretações catastróficas sobre o vôo do filhote passarinho e sobre suas possibilidades podem ser observadas.

O Modelo Cognitivo para o Transtorno de Pânico, apresentado por CLARCK (1986), enfatizou que Ataques de Pânico resultam de interpretações catastróficas erradas, acerca de certas condições corporais. Assim, um estímulo externo, como por exemplo um ruído, uma mudança brusca na luminosidade, ou de um estímulo interno, como o reconhecimento brusco de sensações corporais, como taquicardia, vertigem ou náuseas, resultaria numa interpretação de perigo ou ameaça iminente que estimulariam, por sua vez, sensações corporais subsequentes, as quais confirmariam a situação de perigo. Num espiral crescente essas gerariam mais ansiedade.

De acordo com B.I.M., o filhote cairá, pois ainda não tem forças para voar sozinho. A queda do filhote passarinho revela, também, a ausência de ajuda por parte dos pais pássaros. Segundo B.I.M., o filhote ainda "deverá pegar firmeza para voar sozinho".

Na Fábula da Festa de Aniversário, a criança, tal como o passarinho, não se sente amada pelos pais como gostaria. A falta de atenção e carinho provoca tristeza, como também, raiva. A criança, sentindo-se abandonada e rejeitada, chora. O choro revela tristeza, mas também a raiva. De acordo com B.I.M., a criança vai tornar-se um "adulto inseguro", visto que, "não foi amada" (cuidada). Segundo B.I.M., resta à criança observar e desejar o "amor" que "os coleguinhas recebem de seus pais". Nesse sentido, as crises de ansiedade revelam, também, o pedido para ser cuidada.

Como o cordeirinho, B.I.M. recebe de seu meio e das figuras de ligação aquilo que estas lhes oferecem. O cordeirinho, necessitando ainda do leite morno e do aconchego do colo de sua mãe, mas não dispondo, vai comer capim, embora não se sinta totalmente satisfeito. Ele fica triste e com raiva pois sua mãe ofereceu o leite a outro e não a ele. O cordeirinho, tal qual o passarinho e a criança, vivencia o abandono e a rejeição.

O tema da morte, das perdas e separações evocado, na Fábula do Enterro, faz B.I.M. chorar. Durante a crises de pânico, ela descreveu a vivência de sua própria morte e a perda de controle sobre si mesma. Esta fábula, também a fez recordar, reviver a morte(perda) de uma pessoa importante de vinculação: a morte de sua cunhada, a qual ,segundo B.I.M., era irmã, mãe e amiga, a possibilidade de uma base segura. De acordo com

B.I.M., a morte (perda) da cunhada abalou sua "estrutura psicológica e mexeu com os nervos". Há protesto e busca da figura de vinculação perdida. Uma figura de apego em sua vida adulta novamente foi perdida, reafirmando a situação de abandono.

O medo da criancinha é o de "ser abandonada, ficar desprotegida, ficar só". Durante as crises de pânico ela vivencia o abandono, a solidão e deparar-se com a possibilidade da morte. A morte remete a cruel solidão e a separação. Neste sentido, as crises de ansiedade revelam-se também como um pedido para que não a deixem sozinha. O remédio que não pode ser abandonado passa a ser uma base segura. O remédio cuida de seu corpo, corpo esse, também cuidado pelo médico. B.I.M., tal qual suas filhas, precisa de alguém sempre próximo, um cuidador, uma figura de apego, nem que esse esteja só de longe olhando para ela. Para B.I.M. um cuidador ou uma figura de apego pode ser "Deus lá de cima olhando para ela".

B.I.M., após ouvir a Fábula do Medo, revelou que uma criança com medo sente-se apavorada e que o medo traz desequilíbrio. Perguntou também: o que vai acontecer a uma criança sozinha e abandonada? Respondeu, compartilhando sua experiência, que uma criança sozinha e abandonada vai adoecer. O medo da vida, de enfrentar o mundo é o resultado. A criança, segundo B.I.M., "não pode controlar as coisas e o medo leva ao fracasso". Embora já compreendendo algumas das manifestações de seu corpo-mente, B.I.M. informou que ainda não venceu o medo. O medo, segundo ela, maltrata e desestimula. Sobre seu medo, afirmou que esse ainda " tá lá dentro, escondidinho".

Sobre o elefante, contou-nos que houve um período no qual ele era feliz e alegre. Mas ficou triste, pois alguém o maltratou, ofendeu e disse a ele que sua tromba era feia. Destacou que "se o elefante tiver confiança de que é amado pelo menino, ele não se importaria em ser maltratado, pois seria confortado pelo amor do menino".

Na Fábula do Objeto Construído, a criança daria o objeto a sua mãe, ressaltando que a criança ia sentir-se feliz sabendo que sua mãe iria cuidar bem do presente. Segundo B.I.M., é uma satisfação para a criança construir um objeto com suas próprias mãos. Espera a menina que sua mãe a elogie e agradeça o presente recebido.

Na Fábula do Passeio, uma menina, num lindo passeio no parque com seu pai, volta para casa e encontra sua mãe "braba". De acordo com B.I.M., o pai da menina é quem está brabo e a menina fica retraída com medo de apanhar. Ela pode ter caído de um balanço. Segundo B.I.M. o balanço "balançou forte" e a "menina caiu".

Quanto à Fábula da Notícia, ao ser chamada por sua mãe, a criança pensa que vai ser repreendida por ter feito algo errado ou sobre o colégio, seus afazeres ou obrigações. De acordo com B.I.M., a criança sente-se insegura e incapaz.

De acordo com B.I.M., o sonho mau foi um sonho semelhante ao de sua filha. Neste, havia " monstro feio com grandes dentes". A menina acordava nervosa e chamava sua mãe pedindo ajuda. Solicitava que a mãe ficasse ao seu lado e não a deixasse sozinha. Para a criança sentir-se segura, a mãe deveria dormir junto à mesma.

Quanto ao desenho da casa, B.I.M. destacou que a casa está sozinha pois faltam seus moradores. Os moradores alegrariam a casa. A casa encontra-se apagada e "crua" ainda. Precisa de reparos, de base. Ainda falta "lajotar, plantar uma árvore, forrar, para a casa ter alegria". Por enquanto, "ela é ainda uma casa triste". Seus construtores deram somente uma "pintura bem leve". B.I.M. deverá ainda escolher a cor.

Quanto à localização do desenho, o predomínio de sua localização no lado esquerdo do papel sugere o comportamento de inibição. Pouca pressão no desenho ou traços leves é comumente observado em indivíduos deprimidos ou com sentimentos de inadequação. O uso de muitos traços e o traço trêmulo sugerem insegurança. No que diz respeito à inclusão de detalhes, no desenho, a ausência dos mesmos geralmente revela o sentimento de vazio e de energia reduzida (CAMPOS, 1987).

De acordo com CAMPOS (1987), crianças ou adultos com sentimentos de que o mundo é incerto, imprevisível ou perigoso, tendem a defender-se contra o caos externo criando um mundo rigidamente organizado e altamente estruturado. São comuns, nesse caso, a ausência de linhas fora do lugar ou linhas relaxadas. O movimento hesitante sugere insegurança e fraco controle sobre as reações. O uso exagerado da borracha, por sua vez,

pode expressar incerteza, indecisão, insatisfação e severa autocrítica. O contorno frágil do solo e paredes indicam fraco controle do ego e atitude passiva de submissão às forças desintegradoras que o ameaçam.

O desenho da casa de B.I.M., como um auto-retrato, expressa a realidade de B.I.M. e sua relação com o mundo. A linha do solo está ausente em uma parte da casa. A porta, em tamanho menor que a janela, sugere dificuldades em estabelecer contato com o ambiente, comportamento de inibição, timidez e receio na relação com os demais. Há grades nas janelas revelando a necessidade de proteção.

O desenho da árvore representa também um verdadeiro auto-retrato. Segundo o folclore germânico, diz-se que a árvore tem suas raízes nas profundezas da terra, no passado primitivo, simbolizando vida e crescimento. Esse pode expressar harmonia, inquietação, vazio, hostilidade, prevenção, etc. (CAMPOS,1987).

Ao visualizarmos o desenho da árvore de B.I.M., observamos que suas raízes são frágeis e não encontramos o solo, a terra que dá sustentação oferecendo alimento através de seus nutrientes. O caule é frágil e as linhas são trêmulas. Como um auto-retrato, seus galhos, apenas quatro, estão rigidamente dirigidos ao céu, em busca do calor do sol, da chuva e do ar, elementos do ambiente externo. A árvore flutua por sobre o papel, expressando reduzida força interior. Os galhos, rigidamente ordenados, revelam exigência, autocrítica acentuada e desadaptação. A vida, os frutos, o colorido são apresentados em seus galhos, enquanto que em seu caule e raízes há ausência de cor. As folhas pontiagudas revelam hostilidade.

O desenho da árvore, tende a refletir a imagem que uma pessoa tem de si mesma no contexto de sua relação com seu ambiente. O tronco está relacionado ao sentimento de poder básico e força interna, a estrutura dos galhos remete aos sentimentos de habilidade para obter satisfação a partir do ambiente, a organização do desenho como um todo exibe o equilíbrio intrapessoal. Os galhos representam os recursos que o indivíduo dispõe para obter satisfação do ambiente, para chegar aos outros e buscar realização (HAMMER, 1991).

Para B.I.M., a árvore parece com ela. Ressaltou que "falta algo à árvore", ou seja, *" faltou dar mais carinho, amor"*. Prosseguiu afirmando que *"não teve cuidado, não teve apoio, alguém que estivesse mais próximo dela. Ela ficava mais sozinha"*.

Para HAMMER (1991), a idade atribuída à árvore está relacionada com o nível percebido de maturidade psico-social-sexual do sujeito. Essa relação foi confirmada através dos estudos experimentais realizado pelo referido autor.

De acordo com B.I.M., sua árvore é *"feia e nasceu ao acaso"*. Sua árvore tem apenas cinco anos de idade. Ressaltou que *"há pessoas as quais não sabem podar a árvore e desse modo matam a árvore"*.

Quanto ao desenho da figura humana, em seu primeiro desenho, observamos apenas um rosto. Chamam atenção seus olhos abertos, expressivos e vigilantes. B.I.M. contou-nos que se trata de um jovem chamado Jesus, nascido na cidade de Nazaré e que morreu aos trinta e três anos de idade. Sofreu perseguições. Essas foram tantas que o mataram. Suportou suas dores e buscou amparo no pai que o criou. Teme a violência do mundo e corre perigo. Pensa no amor, pois só o amor constrói. Contudo, advertiu que enquanto houver alguém lembrando dele, ele será feliz. Seus maiores desejos são " *paz, compreensão e amor*", visto que, *"os três* juntos o *tornam mais forte"*. Ele gosta de estar no meio de outras pessoas. *A* história apresentada por B.I.M. representa uma metáfora de sua história.

No que diz respeito ao segundo desenho da figura humana, B.I.M. revelou-nos, mais uma vez, que se trata de uma pessoa triste e que precisa de algo para alegrar sua vida. O desenho, de acordo com B.I.M., é de uma pessoa frágil, e mais ligada à mãe. Caso essa pessoa receba o apoio adequado, poderá vir a ser mais forte. Ela ainda está fortalecendo-se. É nervosa e acredita que sempre foi assim, nasceu com isso. *" É uma coisa genética, talvez tenha adquirido de seu pai o qual também era nervoso. Ninguém observou o problema quando era uma criança. Nessa pessoa, talvez se tivessem observado não teria chegado ao extremo"*. Ressaltou que "essa pessoa" tem medo de viver, de lutar, visto que, é insegura. Sua insegurança resulta de sua fragilidade. É impaciente, medrosa e fraca. Por ser muito

inibida perdeu muita coisa na vida, como por exemplo, o estudo e o emprego. Manifesta ansiedade frente às situações sociais. No companheiro, ela buscou segurança, mas ainda precisa acreditar nela mesma.

A ausência de cor e de detalhes, no desenho de B.I.M., assim como, o desenho flutuando e o exagero na feições faciais sugerem uma história de Apego Ansioso.

O desenho da família revela apenas os rostos de seus membros. Esses estão próximos uns dos outros e flutuam por sobre o papel. A ausência de cor, de detalhes e as figuras incompletas sugerem uma história de Apego Ansioso. Os rostos expressam apreensão. Sobre este grupo, B.I.M. contou-nos que o "pai e a mãe são doentes". O pai apresenta uma "ansiedade crônica e generalizada". A mãe apesar de "triste e ansiosa" é a mais forte do grupo. Ela determina as normas e tende a tomar decisões por seus membros. Há conflitos entre o casal, mas estes apoiam um ao outro. Conflitos também existem na relação entre os irmãos, mas há também carinho e afeição entre eles.

B.I.M., durante a realização do desenho espontâneo, questionou se este seria o último desenho da série. Recebendo a resposta afirmativa do pesquisador informou que *"sentiria falta dos pesquisadores"*. B.I.M. advertiu então que seu Comportamento de Apego seria dirigido aos pesquisadores quando esses não mais viessem ao seu encontro. Era dezembro, final do ano de 2000, B.I.M. decidiu desenhar uma árvore de natal. B.I.M. presenteia a si mesma e aos pesquisadores com vida e cor. Contou-nos que é uma árvore a qual suas filhas desejam ter em casa. Apesar da presença de bolas vermelhas que enfeitam a árvore B.I.M. destacou que ainda faltam as luzes e mais brilho. Falta ainda "algo" que melhore a árvore-B.I.M.

A base da árvore, tal qual um tripé exige sustentação, apoio. No centro, B.I.M., ao lado pai-mãe, pesquisador um-dois, esposo-filhos. B.I.M. revelou-se ansiosa-triste, diante da separação dos pesquisadores e solicitou o apoio desses.

Acompanhar B.I.M. em seu relato, ir ao seu encontro, foi investigação-pesquisa, mas também crescimento. Crescimento de B.I.M. e dos pesquisadores. B.I.M. pôde resgatar sua história de apego e apreendê-la, mas muito também nos ensinou . Sua Árvore de Natal apoiada sobre um tripé, expressa e ensina-nos sobre os vínculos afetivos, enquanto base segura em oposição ao modelo de apego ansioso.

Frente às diferentes concepções teóricas a respeito do homem, do seu desenvolvimento, da sua saúde e patologia, e ainda sobre a etiologia da ansiedade e dos ataques de pânico, chamamos atenção para a necessidade de uma compreensão do homem como um todo, considerando para tanto os aspectos bio-psico-sócio-cultural-histórico.

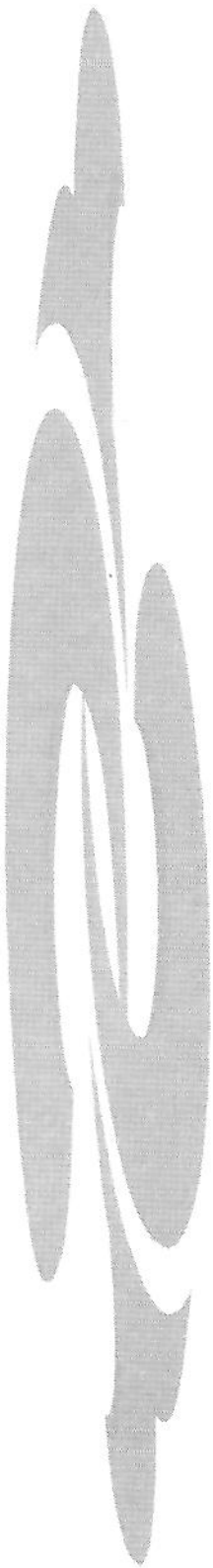
D'ANDREA (1987) destacou que o psicoterapeuta autêntico e, aqui ampliamos sua observação a todos aqueles que investigam e lidam com o humano, compreende que a vida de um indivíduo envolve um conjunto complexo de fenômenos. Sendo assim, nenhuma proposição teórica, por mais elaborada que seja, pode esgotar em si mesma toda a gama de conhecimento e responder a todos os problemas. Prossegue esse autor, afirmando que embora conceitos sejam fundamentais em qualquer ciência, a individualidade do paciente sempre ultrapassa as generalizações. Nesse caso, não podemos negligenciar a influência das interações pessoais na formação da personalidade, no seu desenvolvimento, bem como nos resultados e conseqüências das interações sociais e das atividades de contato humano. Sob esse enfoque, a saúde mental pode ser definida, também como o resultado do manejo eficaz das tensões que ocorre na interdependência das pessoas, dos subgrupos e dos grupos na sociedade geral. Destacou, esse autor, o encontro entre psicoterapeuta-cliente como o fundamento básico de todos os modelos de psicoterapia e a ansiedade como um fenômeno sempre ligada à separação, à impotência ou a ambas.

A respeito do processo psicodiagnóstico, RIBEIRO (1988) destacou que apresentação de um sintoma é apenas uma pequena manifestação de algo que surge de um complexo sistema. Portanto, o indivíduo deverá ser visto e compreendido sempre como uma totalidade, onde cada pessoa é também sua própria história.

Para PERLS (1977), o homem necessita tanto do ambiente físico para trocar ar, comida, etc., como do ambiente social para trocar amizade, amor, raiva, etc. Adverte que não devemos esquecer que somos constituídos de células que diferenciam-se em órgãos, os quais têm funções especiais, as quais são ao mesmo tempo diversificadas e interdependentes. Não somos uma simples soma de partes, mas sim uma coordenação. Esse autor lembra-nos que a doutrina holística foi esquecida, prevalecendo então a cisão entre corpo-mente. Chama-nos atenção de que o estudo do corpo humano, por si só, e do que ocorre dentro

dele é domínio da fisiologia, enquanto que o estudo do meio sozinho é domínio das ciências física, geográfica e social. Ninguém é auto-suficiente e o indivíduo só pode existir num campo. O comportamento é função do campo total, o qual inclui ambos, ou seja o homem e seu meio. Cada indivíduo apresentará uma infinidade de necessidades, tanto a nível puramente fisiológico como psicológico. Desde que indivíduo e meio são elementos de um único todo, o campo, nenhum deles pode ser considerado responsável pela doença do outro, mas sim que ambos estão doentes.

A ansiedade, de acordo com essa abordagem, passa a ser compreendida como a brecha entre o agora e o depois. Experimentamos ansiedade, quando abandonamos a base segura do agora e corremos para o futuro.



CAPÍTULO 8: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo, nossa proposta mais do que confirmar ou negar as hipóteses inicialmente levantadas, buscou apresentar, descrever e avaliar o comportamento de apego na história de vida de um indivíduo diagnosticado com Transtorno de Pânico com Agorafobia. Ao longo do caminho nos empreendemos em compreender o sujeito, como um todo, avaliando os vínculos estabelecidos durante a mesma com o pesquisador, a maneira como abordava os temas propostos, postura de voz, expressão corporal, entre outras.

Convidamos B.I.M. a reconstruir sua história de vida, tendo como companhia os pesquisadores. Esses últimos, muitas das vezes, foram tocados pelo relato de B.I.M., como por exemplo, nas ocasiões em que esta "chorava ou alegrava-se", ou quando percebiam alguns dos insights de B.I.M. em relação à maneira de relacionar-se com os demais ou sobre seu estado atual, quando comparado ao início das crises.

Os dados apresentados são descritivos e o tamanho de nossa amostra mostrou-se compatível com os objetivos pretendidos. A inclusão no estudo e o contato com gerações familiares anteriores foi levantada e desejada, mas não possível. A grande maioria desses familiares estava distante de B.I.M. e esta, por sua vez, protestava a inclusão de outros sujeitos que não ela mesma ao estudo.

Ao longo de todo trabalho, estávamos interessados em conhecer como B.I.M. percebia o mundo, através de seu olhar e com o significado particular que dava a esse. Consideramos que esse poderia ser compreendido por meio da descrição que a mesma fazia de seu mundo. Levamos em consideração que aquilo que o sujeito não nos podia relatar como conhecimento explícito, podia nos ser oferecido ou emergir de seu comportamento não verbal, através de seus desenhos ou das estórias contadas.

Vivenciamos, também, a cada encontro, a reação de B.I.M. a nossa chegada, contato e afastamento.

Buscamos revelar a vivência das crises de pânico e dos sintomas agorafóbicos. Identificamos as dificuldades iniciais de adesão ao tratamento e as severas limitações a nível acadêmico, profissional, social, assim como daquelas relacionadas ao desempenho de suas atividades cotidianas.

Quanto à Teoria do Apego, esta revelou-se como importante abordagem para a elaboração e condução do referido estudo, assim como, para análise dos resultados obtidos. Investigar todo e qualquer comportamento de B.I.M. que buscasse alcançar ou manter proximidade com algum outro indivíduo, revelou-nos a Modalidade de Apego Ansioso. Investigar o Comportamento de Apego possibilitou a compreensão de seu grupo familiar de origem e atual; seus sentimentos e crenças em relação às figuras de vinculação importantes, assim como, destacar as perdas e separações ocorridas ao longo da vida.

O estudo chama-nos atenção ao importante papel desempenhado pelo grupo familiar na promoção de defesa da vida e como base segura na construção da saúde individual e grupal.

A Teoria do Apego, portanto, contribui à investigação, análise e tratamento do indivíduo, grupos, instituições, entre outros, ao mesmo tempo em que estimula e subsidia as investigações na área da psicopatologia infantil e adulta. Seus pressupostos ressaltam o papel e a função desempenhados pelo grupo familiar no desenvolvimento emocional saudável de seus membros, e nesse contexto, principalmente aquelas desempenhadas pelos pais ou substitutos.

Consideramos, também, que essa teoria estimula a reflexão sobre à qualidade dos vínculos humanos e em especial ao papel desempenhado pelo indivíduo, quer como figura principal de apego ou como figura subordinada, na promoção de saúde. Vale ressaltar o amplo e variado contexto de relações, incluindo desde as parentais e conjugais até aquelas exercidas no papel de educador, terapeuta, médico, etc. Remete-nos também, essa abordagem, não só a possibilidade de avaliarmos tais relações, ou revermos os modelos estabelecidos e/ou mantidos, mas convida-nos a modificarmos modelos disfuncionais de apego, no aqui e agora.

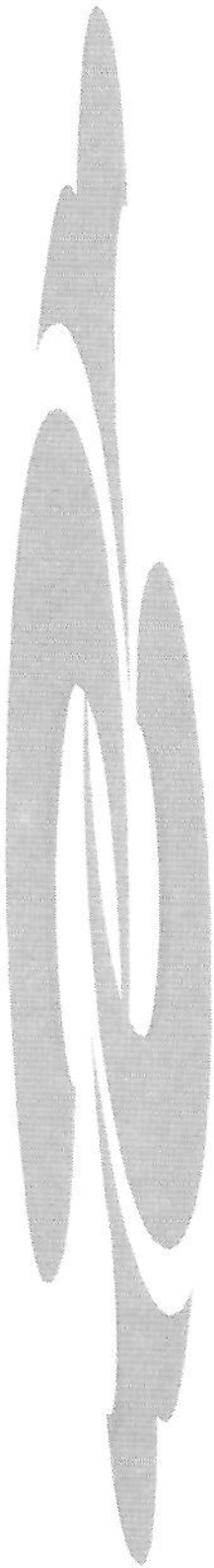
Por outro lado, a associação entre o Transtorno de Ansiedade de Separação e Transtorno de Pânico, tem sido relatada por diferentes autores, apresentando diferentes resultados quanto à ocorrência ou não dessa associação. Mas, de um modo geral, podemos dizer que diferentes linhas de investigação convergem em favor dessa hipótese, entre elas: os estudos de concordância familiar, o tratamento psicofarmacológico da ansiedade de separação na infância, os dados clínicos, etc., muito embora não excluam a associação da ansiedade de separação como fator de risco para outros transtornos ansiosos.

Reafirmamos, mais uma vez, que o reconhecimento, o estudo e o tratamento dos transtornos infantis requer colaboração mútua, na tríade profissionais de saúde, escola e família, o que trará benefícios não só à criança, mas ao estudo do desenvolvimento infantil, da dinâmica familiar e atuará de maneira preventiva quanto à patologia adulta.

Enfatizamos, também, que no Transtorno de Ansiedade de Separação que ocorre na infância e adolescência, a proeminência da somatização e ansiedade é semelhante às perturbações do pânico, depressivas e fóbicas dos adultos. Portanto, estudos sobre a relação entre esse transtorno e outros infantis e adultos fazem-se necessários, especialmente em relação à alta freqüência de recusa escolar encontrada nesses grupos.

Ressaltamos, também, o valor terapêutico da entrevista, onde verificamos a necessidade que tem o sujeito de ser ouvido e de poder falar de si mesmo, para alguém que não o julgue, mas o compreenda, o que contribui para a redução de seus medos e ansiedade.

Reconhecemos que não existe uma causa única, ou seja, um fato psicopatológico é sempre multideterminado e se conserva em permanente movimento, em que sintomas, manifestos no presente, carregam em si toda uma gênese histórica individual, pela interpenetração de fatores do passado, presentes, genéticos, ambientais e sociais.



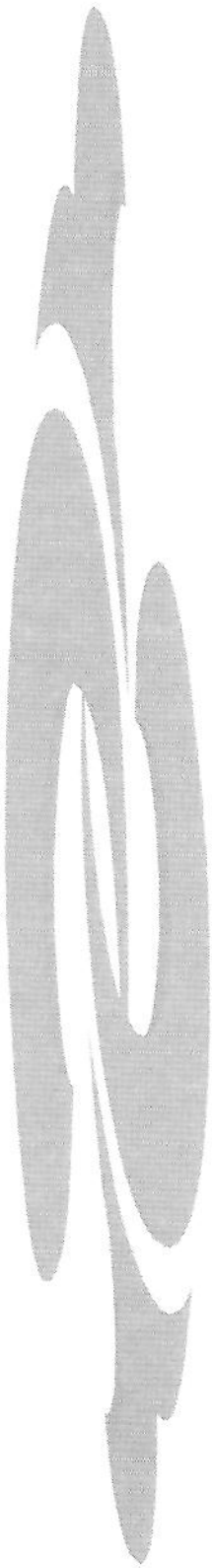
SUMMARY

The present study investigated the entailment affective as it relates to patients with panic disorder or agoraphobia using a theory based on J. Bowlby's work on attachment. The attachment behavior of a patient with panic disorder with agoraphobia, classified by DSM-IV criteria, were described and evaluated. The personal life description and feeling about the panic crisis, agoraphobia symptoms and the characteristics of the entailment established with the attachment figures were described.

The patient and researches experiences and feelings were described qualitatively. Experiences, movements, happenings, entailments and convictions were used to study, understand and reveal.

Based on case description, the inhibition behavior and separation anxiety, with regard to entailment important figures, loss and separation, personal helplessness in front of the illness and life were observed. Concerning Bowlby's attachment theory, an anxious attachment as well as a no functional actual family to support member's health was verified.

Generally speaking the results of this study, showed how is important the family group function to promote life as a secure base to construct the individual and group mental health. Besides, inspires a reflection about the attachment-established models of principal or subordinate figure for all life.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AINSWORTH, M.D.S.; BELL, S.M.; STAYTON, D.J. Individual Differences in Strange Situation Behavior of One-Year-Olds'. In: SCHAFFER, H.R. (ed.). The Origins of Human Social Relations, 17-57. London, Academic Press, 1971.

AJURIAGUERRA, J. Manual de Psiquiatria Infantil. 2ª ed., São Paulo, Masson, 1983. 952p.

AJURIAGUERRA, J.; MARCELLI, D. Manual de Psicopatologia Infantil. 2ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1991. 454p.

ALMEIDA, F.N. Estudo de Prevalência de Desordens Mentais na Infância em uma Zona Urbana de Salvador. ***J. Bras. Psiquiatria*** 31(4):225-236, 1982.

ALMEIDA, M.L.P. Como Elaborar Monografias. Belém, CEJUP, 1996. 224 p.

ANDRADE, L.H.S.G.; LOTUFO-NETO, F.; GENTIL, V.; MACIEL, L.M.A.; SHAVITT, R.G. - Classificação e Diagnósticos dos Transtornos Ansiosos. In: GENTIL, V.; LOTUFO-NETO, F (org.) Pânico, Fobias e Obsessões. São Paulo, EDUSP, p. 31-45, 1994a.

ANDRADE, L.H.S.G.; RAMOS, R.T.; CORDAS T. A. Relação entre Ansiedade e Depressão: Comorbidade e Transtorno Misto Ansioso e Depressivo. In: GENTIL, V.; LOTUFO-NETO, F. Pânico, Fobias e Obsessões. São Paulo, EDUSP, 1994b.

ANDRADE, T.D. O Jovem diante da Síndrome da Adolescência Normal e da Opção Profissional. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 1991.

ANGERAMI–CAMON, V.A. (org.) Psicologia da Saúde. Um Novo Significado para a Prática Clínica. São Paulo, Pioneira, 2000. 225 p.

ARANHA, M.L.A.; MARTINS, M.H.P. - Filosofando- Introdução à Filosofia. 2ª ed., São Paulo, Moderna, 1995. 395 p.

ARRUDA, S.L.S. Vivências Clínicas de um Grupo de Mães, cujos Filhos estão em Ludoterapia. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 1991.

ASSUMPÇÃO Jr., R.F.B. Psiquiatria da Infância e Adolescência. São Paulo, Santos Ed., 1994. 569p.

BALINT, M. O Médico, seu Paciente e a Doença. Rio de Janeiro, Atheneu, 1975.

BALLENGER, J.C.; BURROWS, G.D.; Du PONT, R.L. Alprasolam in Panic Disorder and Agoraphobia: Efficacy in Short-Term Treatment. ***Arch. Gen. Psychiatry*** 45:413-422, 1988.

BARBIER, R. A Pesquisa– Ação na Instituição Educativa. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1985. 280 p.

BARBOSA, G.A.; ALMEIDA, H.J.F. Ansiedade de Separação:Relato de Caso. ***Rev. Neuropsiquiatria da Inf. e Adolesc.*** 2(3):11-14, 1994.

BAREMBLITT, G. Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes. Teoria e Prática. 3ª ed., Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1996. 235 p.

BARLOW, D.H. Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic. New York, Guilford, 1988.

BARLOW, D.H.; VERMILYEA, J.; BLANCHARD, E.B. The Phenomenon of Panic. ***J. Abnorm. Psychol.*** 94:320-328, 1985.

BARRASS, R. Os Cientistas Precisam Escrever: Guia de Redação para Cientistas, Engenheiros e Estudantes. São Paulo, EDUSP, 1979.

BATTAGLIA, M.; BERTELLA, S.; POLITI, E.; BERNARDESCHI, L.; PERNA, G.; GABRIELE, A.; BELLODI, L. Age at Onset of Panic Disorder: Influence of Familial Liability to the Disease and of Childhood Separation Anxiety Disorder. ***Am. J. Psychiatry*** 152:1362-1364, 1995.

BECK, A.T.; EMERY, G.; GREENBERG, R. Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. New York, Basic Books, 1985.

BELSKY, J.; PENSKY, E. Developmental History Personality and Family Relationships: Toward an Emergent Family System. In: HINOE, R.A.; STEVENSON-HINDE (eds.). Relationships within Families, Mutual Influences, Clarendon Press, Oxford, 1986.

BERG, I. School Phobia in The Children of Agoraphobic Women. ***Brist. J. Psychiatry*** 128:86-89, 1976.

BERG, I.; BUTLER, A.; PRITCHARD, J. Psychiatric Illness in The Mothers of School-Phobic Adolescent. ***Brit. J. Psychiat***. 125:466-467, 1974.

BERNSTEIN, G.A.; GARFINKEL, B.D. Pedigrees, Functioning and Psychopathology in Families of School Phobic Children. ***Am. J. Psychiatry*** 145:70-74, 1988.

BIEDERMAN, J. Clonazepam in The Treatment of Prepubertal Children with Panic-Like Symptons. ***J. Clin. Psychiatry*** 48(Supp 10):38-41, 1987.

BLACK, B.; ROBBINS, D. Panic Disorder in Children and Adolescents. ***J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*** 29(1):36-44, 1990.

BLAYA, M. A Relação Médico – Paciente. ***Rev. Psiq. Dinâmica*** 3:52, 1967.

BLEGER, J. Psico-Higiene e Psicologia Institucional. 2ª Ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989a. 138 p.

BLEGER, J. Psicologia da Conduta. 2ª Ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989b. 242p.

BLEGER, J. Temas de Psicologia. Entrevista e Grupos. São Paulo, Martins Fontes, 1993. 113p.

BLEHAR, M.C.; LIEBERMAN, A.F.; AINSWORTH, M.O.S. Early face-to-face Interaction and its Relations to Later Infant-Mother Attachment. ***Child Development*** 48:182-194, 1977.

BOLWIG, N. - Bringing up a Young Monkey. ***Behaviour*** 21:300-330, 1963.

BOGDAN,R.; BIKLEN,S.K. Qualitative Research for Education. Boston, Allynand Bacon, Inc., 1982

BORDIN, I.A. Aspectos Gerais de Psiquiatria Infantil. In: ALMEIDA,O.P.; DRACTU,L.; LARANJEIRA, R. Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1996.

BOTEGA, N.J.; DALGALARRONDO, P. Saúde Mental no Hospital Geral – Espaço do Psíquico. São Paulo, Hucitec, 1993. 116 p.

BOWLBY, J. Cuidados Maternos e Saúde Mental. São Paulo, Martins Fontes, 1988. 225p.

_____ Uma Base Segura. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.170p.

_____ Apego. São Paulo, Martins Fontes, v.1, 1990a. 423p.

_____ Formação e Rompimentos dos Laços Afetivos. São Paulo, Martins Fontes, 1990b. 165p.

_____ Perda. Tristeza e Depressão. São Paulo, Martins Fontes, v.3, 1993a. 486p.

_____ Separação. Angústia e Raiva. São Paulo, Martins Fontes, v.2, 1993b.451p.

BRAZELTON, T.B. O Desenvolvimento do Apego: Uma Família em Formação. Porto Alegre, Artes Médicas, 1988. 208 p.

BREIER, A.; CHARNEY, D.S.; HENINGER, G.R. Agoraphobia with Panic Attacks. ***Arch. Gen. Psychiat.*** 43:1029-1036, 1986.

CABRAL, A.J.; OLIVEIRA, E.P. Uma Breve História da Psicologia. Rio de Janeiro, Zahar Editores, p.267-269, 1972.

CAMISÃO, C.; FIGUEIRA, I.; NARDI,A.E.; MENDLOWICZ, M.; MARQUES,C.; VERSIANI, M. - Impacto Negativo dos Transtornos de Personalidade no Transtorno de Pânico. ***J. Bras. Psiquiatria*** 45(6):371-375, 1996.

CAMPOS, D.M.S. O Teste do Desenho como Instrumento de Diagnóstico da Personalidade. 17ª Ed. Petrópolis, Vozes, 1987. 98 p.

CASSORLA, R. (org.). Da Morte. Estudos Brasileiros. Campinas, Papirus, 1991. 241 p.

CARTWRIGH, D.; ZANDER, A. Dinâmica de grupo; Pesquisa e Teoria. São Paulo, Heder,1972

CECCONELLO, A.M; KRUM, F.M.; KOLLER,S.H. Indicadores de Risco e Proteção no Relacionamento Mãe-Criança e Representação Mental da Relação de Apego Risco e Proteção na Relação Mãe-Criança e Apego. ***Psico – Revista da Faculdade de Psicologia da PUC***, Porto Alegre 31(2), jul/dez, 2000.

CECCONELLO, A.M.; KOLLER, S.H. Avaliação da Representação Mental da Relação de Apego Através do Desenho da Família: Um Estudo com Crianças Brasileiras. ***Arquivos Brasileiros de Psicologia. Instituto de Psicologia UFRJ*** 51(4), 1999.

CERVENY, C.M.O. A Família como Modelo: Desconstruindo a Patologia. Campinas, Editorial Psy II, 1994. 139p.

CHIAZZOTTI, A. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. São Paulo, Cortez, 1991. 163 p.

CLARK, D.M.A. Cognitive Approach to Panic. ***Behavior Research Therapy*** 24:461-470, 1986.

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas (CID-10). 10ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1993. 351p.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; POTUIN, L.; DENIS, J.L.; BOYLE, P. Saber Preparar uma Pesquisa–Definição, Estrutura e Funcionamento.São Paulo, Hucitec, 1994. 215 p.

COOPER, A.M. Will Neurobiology Influence Psychoanalysis? ***Am. J. Psichiatry*** 142:1395-1402, 1985.

CORDIOLI, A.V. (org.). Psicoterapias: Abordagens Atuais. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993. 432 p.

CORYELL, W.; NOYES, R. Placebo Response of Panic Disorder. ***Am. J. Psychiatry*** 145:1138-1140, 1988.

CRUZ, A.P.M.; ZANGROSSI, H.J.; GRAEEF, F.G. Psicobiologia da Ansiedade. In: RANGÉ, B. Psicoterapia Comportamental e Cognitiva. São Paulo, Editorial Psy, 302-312, 1995b.

CUNHA, J.A. Psicodiagnóstico-R. 4ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1993. 533p.

CUNHA, J.A.; NUNES, M.L.T. Teste das Fábulas. São Paulo, Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia, 1993. 256 p.

D'ANDREA,F.F. Psicoterapia aminhos e Alternativas. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1987. 135 p.

DELTITO, J.A.; HAHN, R. A Three-Generational Presentation of Separation Anxiety in Childhood with Agoraphobia in Adulthood. ***Psychopharmacol Bull.*** 29:189-193, 1993.

DELTITO, J.A.; PERUGI, G.; MAREMMANI, I.; MIGNANI, V.; CASSANO, G.B. The Importance of Separation Anxiety in The Differentiation of Panic Disorder from Agoraphobia. ***Psychiatric Development*** 3:227-236, 1986.

DEWALD., P. Psicoterapia: Uma Abordagem Dinâmica. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). American Psychiatry Association. 3rd ed., Washington-DC, 1980. 695p.

DISALVER, S.C. - Generalized Anxiety Disorder. ***American Family Phisician*** 39:137-144, 1989.

DRACTU, L.; LADER, M. - Ansiedade: Conceito, Classificação e Biologia. ***J. Bras. Psiquiatria*** 42(1):19-32, 1993.

ERIKSON,E.H. Childhood snd Society. Nova Yorque, Norton, 1950.

ESTES, H.R.; HAYLETT, C.H.; JOHNSON, A. Separation Anxiety. ***Am. J. Psychother.*** 10:682-695, 1956.

ESTES, W.K.; SKINNER, B.F. Some Quantitative Properties of Anxiety. ***J. Experim. Psychology*** 29:390-400, 1941.

ETCHEGOYEN, R.H. Fundamentos da Técnicas Psicanalítica.2ª Ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989. 500p.

FARAVELLI, C.; PALLANTI, S. Recent Life Events and Panic Disorder. ***Am. J. Psychiatry*** 146:622-626, 1989.

FAIRBAIRN, W.R.D. Psychoanalytic Studies of the Personality. Londres, Tavistock Publications, 1952.

FÉRES-CARNEIRO, T. Família: Diagnóstico e Terapia. 2ª ed., Petrópolis 1996. 148p.

_____ Um Novo Instrumento Clínico de Avaliação das Relações Familiares. Dissertação de Mestrado, PUC, Rio de Janeiro, 1975.

FERRARI, A.T. Metodologia da Pesquisa Científica. São Paulo, McGraw-Hill, 1982.

FERREIRA, A.B.H. Novo Dicionário Básico da Lingua Portuguesa. São Paulo. Nova Fronteira, 1995. 687 p.

FIGUEIRA, I.; COSCARELLI, P.; NARDI, A.E.; MENDLOWICZ, M.; MARQUES, C.; CAMISÃO, C.; ANDRADE, Y.; VERSIANI, M. Comparação entre Fobia Social e Transtorno de Pânico - Psicopatologia Geral e Qualidade de Vida. ***J. Bras. Psiquiatria*** 43(5):285-289, 1994.

FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. 13ª ed., Rio de Janeiro. Graal, 1998. 295 p.

FREE, N.K.; CAROLYN, N.; WINGET, M.A.; WHITMAN, R.M. Separation Anxiety in Panic Disorder. ***Am J. Psychiatry*** 150:595-599, 1993.

FREUD, S. - Rascunho E.: Como se Origina a Angústia (1894). In: FREUD, S., Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas. 3ª ed., Rio de Janeiro, Imago, v. 1, p.269-276, 1990.

_____ Sobre os Fundamentos para Destacar da Neurastenia uma Síndrome Específica Denominada Neurose de Angústia (1894-1895). In: FREUD, S., Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas. 3ª ed., Rio de Janeiro, Imago, v. 3, p.89-114, 1990.

_____ Três Ensaios Sobre a Sexualidade (1905). In: FREUD, S., Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas. 3ª ed., Rio de Janeiro, Imago, v. 7, p.204-216, 1990.

_____ Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (1917). Conferência XXV. In: FREUD, S., Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas. 3ª ed., Rio de Janeiro, Imago, v. 16, p.457-479, 1990.

_____ Luto e Melancolia [1917 (1915)]. In: FREUD, S., Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas. 3ª ed., Rio de Janeiro, Imago, v. 14, p.271-291, 1990.

_____ Além do Princípio de Prazer (1920). In: FREUD, S., Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas. 3ª ed., Rio de Janeiro, Imago, v. 18, p.13-61, 1990.

_____ O Ego e o Id (1923). In: FREUD, S., Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas. 3ª ed., Rio de Janeiro, Imago, v. 19, p.13-89, 1990.

_____ Inibições, Sintomas e Ansiedade (1926). In: FREUD, S., Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas. 3ª ed., Rio de Janeiro, Imago, v. 20, p.95-204, 1990.

_____ Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. Conferência XXXII [1933(1932)]. In: FREUD, S., Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. 3ª ed., Rio de Janeiro, Imago, v. 22, p.103-138, 1990.

FURY, G. The Relation between Infant Attachment History and Representations of Relationships in School – aged Family Drawings. Doctor Thesis, Minnesota University, Minneapolis, EUA, 1996.

FURY, G.; CARLSON, E.A.; SROUFE, L.A. Children's Representations of Attachment Relationships in Family Drawings. ***Child Development*** 68:1154-1164, 1997.

GABBARD, G. Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. 372 p.

GARFINKEL, B.; CARLSON, G.; WELLER, E. Transtornos Psiquiátricos da Infância e Adolescência. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. 475p.

GARLAND, E.; SMITH, D. Panic Disorder on Child Psychiatric Consultation Service. ***J. Am. Acad. Adolesc. Psychiatry*** 29:785-788, 1990.

GENTIL, V. - Ansiedade e Transtornos Ansiosos. In: GENTIL, V.; LOTUFO-NETO, F. - Pânico, Fobias e Obsessões. São Paulo, EDUSP, p.24-30, 1994.

GENTIL, V.; LOTUFO-NETO, F. Transtornos de Ansiedade (Neuroses). In: ALMEIDA, O.P.; DRACTU, L.; LARANJEIRA, R. Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p.168-179, 1996.

GIBB, C.A. Leadership. In: LINDZEY, Y.G.; ARONSON,E. (org.) Handbook of Social Psychology. Reading, Boston, Addison-Wesley, 1951.

GITTELMAN-KLEIN, R.; KLEIN, D.F. Relationship between Separation Anxiety and Panic and Agoraphobic Disorders. ***Psychopathology*** 17:56-65, 1984.

GREENSON, R.R. A Técnica e a Prática da Psicanálise. v. 1. Rio de Janeiro, Imago, 1981. 247 p.

GORENSTEIN, C.; BERNIK, M.A.; GENTIL, V. Bases Biológicas da Ansiedade. In: GENTIL, V.; LOTUFO-NETO, F. (org.). Pânico, Fobias e Obsessões. São Paulo, EDUSP, p.60-71, 1994.

GRAEFF, F.G.; BRANDÃO, M.L. Neurobiologia das Doenças Mentais. 2ª ed., São Paulo, Lemos Editora, 1993. 188p.

GRAHAM, P. Child Psychiatry - A Development Approach, Sec. Oxford, Oxford University Press, 1991.

GUATTARI, F. Revolução Molecular: Pulsações Políticas do Desejo. 3ª ed., São Paulo, Brasiliense, 1987. 229 p.

GUTIERREZ, A.J.L. Dez Palavras Chaves em Psiquiatria. Rio de Janeiro, Editora Vozes, p.33-54, 1994.

_____ Ansiedade de Separación y Transtorno de Pânico. ***Psiquiatria Biológica*** 4(2):109-112, 1996.

GUTIERREZ, A.J.L.; ALFONSO, S.; RIVERA, A. Relación de la Ansiedade de Separación Infantil con el Transtorno de Ataques de Angustia y Agorafobia. ***Acta Luso-Esp. Neurol. Psiquiat.*** 16:31-38, 1988.

GUTIERREZ, A.J.L.; PEREZ, J.L.; LEON, C.P.; MATEOS, A.J.L. Estudos Genéticos del Transtorno de Pánico. ***Arch de Neurobiol.*** 54(3):104-110, 1991.

GUITMANN, G.; NARDI, A.E.; FIGUEIRA, I.; MARQUES, C.; VERSIANI, M. Estudos Familiares de Pacientes com Transtorno de Pânico: Avaliação Metodológica. Série Psicofarmacologia. ***J. Bras. Psiquiatria*** 47(6):297-305, 1998.

HALL, C.S.; LINDZEY, G.; CAMPBELL, J.B. Teorias da Personalidade. 4ª ed., Porto Alegre, Artmed, 2000. 591 p.

HAMMER, E.F. Aplicações Clínicas dos Desenhos Projetivos. São Paulo, Casa do Psicólogo Livraria e Ed. Ltda., 1991. 500p.

HARLOW, H.F. The Nature of Love. ***Amer. J. of Psychology*** 13:673-685, 1958.

HENDERSON, A.S. Care-Eliciting Behavior in Man. ***J. of Nervous and Mental Disease*** 159:172-181, 1974.

HERSOV, L.A. - Refusal to-go to School. ***J. Child Psychol. Psychiatry*** 1:137-145, 1960.

IONESCU, S. Quatorze Abordagens de Psicopatologia. 2ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1997. 256 p.

JACKSON, D.; RISKIN, J. Progress Report for Methodology for Analyzing Family Interaction. P.H.S. Grant, o49116-o2, 1963.

JASPERS, K. Psicopatologia Geral. 8ª ed., São Paulo, Atheneu, v.1,2, 2000.

JEAMMET, P.; REYNAND, M.; CONSOLI, S. Manual de Psicologia Médica. São Paulo, Masson, 1989. 421 p.

JORGE, M.R. Diagnóstico e Classificação em Psiquiatria. In: ALMEIDA, O.P.; DRACTU, L.; LARANJEIRA, R. - Manual de Psiquiatria. São Paulo, Guanabara Koogan, p.22-31, 1996.

KAHTALIAN, A.; ROSA, R.L. Uma Criança é Espancada: Contribuição à Psicogênese da Psoríase. ***J. Bras. Psiquiatria*** 44(9):463-472, 1995.

KAPLAN, N.; MAIN, M. Instructions for the Classification of Children's Family Drawings in Terms of Representation of Attachment. Berkeley, University of California, 1986.

KAPLAN, H.; SADOCK, B. Compêndio de Psiquiatria. 6ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1993. 955p.

KIERKEGAARD, S. The Concept of Anxiety. Northfield, Minnesota, 1976.

KLAUS, M.H.; KENNELL, J.H. Pais, Bebê – A Formação do Apego. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993. 329 p.

KLAUS, M.H.; KENNELL, J.H.; KLAUS, P.H. – Vínculo: Construindo as Bases para um Apego Seguro e para a Independência. Porto Alegre, ArtMed, 2000. 187 p.

KLEIN, D.F.; FINK, M. Psychiatric Reaction Patterns to Imipramine. ***Am. J. Psych.*** 121:432-438, 1962.

KLEIN, D. F. Delineation of two Drug-Responsive Anxiety Syndromes. ***Psychopharmacology*** 5:397-408, 1964.

KLEIN, D.F. Anxiety Reconceptualized. In: KLEIN, D.F.; RABKIN, J.O. (Ed.). Anxiety-New Research and Changing Concepts. New York, Raven Press, 1981.

KLEIN, M. Inveja e Gratidão e Outros Trabalhos (1946-1963) - v. 3 das Obras Completas, Rio de Janeiro, 1991. 398p.

_____ Contributions to Psychoanalysis 1921-1945. Londres, Hogarth Press, 1948.

KNOBEL, M. Psicoterapia Breve. In: RAPPAPORT, C.R. (org.). Temas Básicos de Psicologia: 2ª ed., São Paulo, v. 14, E.P.U, 1986. 110 p.

KOBARK, R.R.; COLE, H.E.; FERENZ-GILLIES, R.; FLEMING, W.S. Attachment and Emotion Regulation During Mother-Teen Problem Solving: A Control Theory Analysis. ***Child Development*** 64:231-245, 1993.

KUDE, V.M.M. Como se Faz um Projeto de Pesquisa Qualitativa em Psicologia. Psico – ***Revista do Instituto de Psicologia da PUC***. Porto Alegre, v.28, n.1, 1997.

LADRIÉRE, J. A Articulação do Sentido. São Paulo, EPU, EDUSP, 1977.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. Metodologia do Trabalho Científico. 3ª ed., São Paulo. Atlas S.A., 1991. 214 p.

LANE, S.T.M. A Psicologia Social e uma Nova Concepção do Homem para a Psicologia. In: LANE, S.T.M.; CODO, W. (org.). – Psicologia Social o Homem em Movimento. 5ª Ed. São Paulo, Brasiliense, 1987. 220 p.

LAPASSADE, G. Grupos, Organizações e Instituições. 2ª ed., Rio de Janeiro, Alves, 1983. 315 p.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. Vocabulário da Psicanálise. 10ª ed., São Paulo, Martins Fontes, 1992. 552p.

LAST, C.G.; FRANCIS, G.; HERSEN, M.; KAZDIN, A.E.; STRAUSS, C.C. Separation Anxiety and School Phobia: A Comparation using DSM-III Criteria. ***Am. J. Psychiatry*** 144:653-657, 1987.

LÉVY-STRAUSS, C. Aula Inaugural. In: ZALVAR, A. (org.). Desvendando Máscaras Sociais. Rio de Janeiro, Francisco Alvez, p. 211-244, 1975.

LEWIS, A. Problems Presented by The Ambiguos Word "Anxiety" as Used in Psychopathology. ***Israel Annals. Psychiatry Related Disciplines*** 5:105-121, 1967.

LIPSITZ, J.D.; MARTIN, L.Y.; MANNUZZA, S.; CHAPMAN, T.F.; LIEBOWITZ. M.R.; KLEIN, D.F.; FYER, A. Childhood Separation Anxiety Disorder in Patients with Adult Anxiety Disorders. ***Am. J. Psychiatry*** 151(6):927-929, 1994.

LORENZ, K.Z. The Comparative Method in Studying Innate Behaviour Patterns. In: Physiological Mechanisms in Animal Behaviour. Symposium of the Society for Experimental Biology, n°17. Cambridge, Cambridge University Press, 1950.

LOURAU, R. A Análise Institucional. Coleção Psicanálise v. 12. Petrópolis, Vozes, 1975. 294 p.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M.P.A. Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. São Paulo, E.P.U., 1986.

MAHLER, M. O Processo Separação-Individuação. Porto Alegre, Artes Médicas, 1982.189p.

MAHLER, M. As Psicoses Infantis e Outros Estudos. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983. 157p.

MAHLER, M.; PINE, F.; BERGMAN, A. O Nascimento Psicológico da Criança- Simbiose e Individuação. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993. 304p.

MAIN, M.; KAPLAN, N.; CASSIDY, J. Security in Infancy, Childhood and Adulthood: A Move to the level of Representation. In: BRETHERTON and WATERS, E. (eds.). Growing Points in Attachment: Theory and Research , Monographs of the Society for Research in Child Development Serial 209:66-104, Chicago, University of Chicago Press, 1985.

MALDONADO, M.T. Psicologia da Gravidez. 9ª ed., Petrópolis, Vozes, 1988. 163 p.

Manual Diagnósticos e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III-R). 3ª ed., São Paulo, Manole, 1989. 788p.

Manual Diagnósticos e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). 4ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1995. 830p.

MARKS, I.; LADER, M. Anxiety States (Anxiety Neurosis): A Review. ***J. Nerv. Ment. Dis***. 156:3-18, 1973.

MARQUES, C.S.; MENDLOWICZ, M.; FIGUEIRA, I.; CASCARELLI, P.; EGÍDIO, A.; ANDRADE, Y.; CAMISÃO, C.; VERSIANI, M. Comorbidade: Fobia Social e Transtorno Obsessivo-Compulsivo. ***J. Bras. Psiquiatria*** 44(1):33-39, 1995.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. A pesquisa Qualitativa em Psicologia- Fundamentos e Recursos Básicos. São Paulo, Ed. Moraes, 1989. 110p.

MATOS, E.G. Contribuições ao Estudo do Distúrbio de Pânico e Prolapso de Valva Mitral. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 1992. 445p.

MAY, R. O Significado da Ansiedade. Rio de Janeiro, Zahar, 1980. 374p.

MECLER, K.; CARDOSO, L.S.; ALMEIDA, R.S.P. Estudos Qualitativos em Saúde Mental: Uma Introdução. ***Jornal Brasileiro de Psiquiatria*** 45(5):285-290, 1996.

MELL0-FILHO, J. (org.) Psicossomática Hoje. Porto Alegre, Arte Médicas, 1992. 385 p.

MELL0-FILHO, J. (org.) Grupo e Corpo. Psicoterapia de Grupo com Pacientes Somáticos. Porto Alegre, ArtMed, 2000. 435 p.

MELO, N.A.L. Psiquiatria. 3ª Ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p.528-537, 1980.

MERCADANTE, M.T.; MANASIA, J. Fobia e Pânico. In: ASSUMPÇÃO, Jr., F.B. Psiquiatria da Infância e Adolescência. São Paulo, Santos, p.267-274, 1994.

MINAYO, M.C.S. (org.). Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 5ª Ed. Petrópolis. Vozes, 1996. 80p.

MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento, Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo, Hucitec – Abrasco, 1992.

MISSENARD,A. (org.) A Experiência Balint: História e Atualidade. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1994. 194 p.

MONTORO, G.F. Contribuições da Teoria do Apego à Terapia Familiar. In: CASTILHO, T. (org.). Temas em Terapia Familiar. São Paulo, Plexus, 1994. 143 p.

MOREIRA, M.S. A Psicose Maníaco-Depressiva na Infância e na Adolescência. ***J. Bras. Psiquiatria*** 45(2):69-74, 1996.

NARDI, A.E.; MENDLOWICZ, M.; FIGUEIRA, I.; ANDRADE, Y.; CAMISÃO, C.; MARQUES, C.; KINRYS, G.; COSCARELLI, P.; VERSIANI, M. - Transtorno de Ansiedade Generalizada- Questões Teóricas e Diagnósticas. ***J. Bras. Psiquiatria*** 45(3):173-178, 1996.

NETO, F.L. Psicoterapia do Distúrbio de Pânico. In: CORDIOLI, A.V. (org.). Psicoterapias Abordagens Atuais. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993. 432 p.

NORYES, R.; CLANCY, J.; CROWE, R.; HOENK, P.R.; SLYMEN, D.J. The Familial Prevalence of Anxiety Neurose . ***Arch G. Psychiatry*** 35:1057-1059, 1978.

NUNES-FILHO, E.P.; BUENO,J.R.; NARDI, A.E. Psiquiatria e Saúde Mental: Conceitos Clínicos e Terapêuticos Fundamentais. São Paulo, Atheneu, 1996. 279p.

QUINODOZ, J.M. A Solidão Domesticada - A Angústia de Separação em Psicanálise. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993. 202p.

PARKES, C.M. Factors Determining the Persistence of Phanton Pain in the Amputee. ***J. of Psychosomatic Research*** 17:97-108, 1973.

PATTISON, E.M. A Theoretical – Empirical Base for Social System Therapy. In: FOULKS, E.F.; WINTROB, R.M.; WESTERMEYER, J.; FARAZZA, A.R. (eds.). Current Perspectives in Cultural Psychiatry, 213-253, New York, Spectrum, 1977.

PATTISON, E.M.; HURD, G.S. The Social Network Paradigm as a Basis for Social Intervention Strategies. In: O'CONNOR, W.A.; LUBIN, B. (eds.). Ecological Approaches to Clinical and Community Psychology, 145-185, New York, John Wiley & Sons, 1994.

PELUSO, E.T.P.; BLAY, S.L. Teorias sobre Ansiedade. ***Boletim de Psiquiatria*** 27(1):3-8, 1994.

PEREGRINO, A. Ansiedade Normal e Patológica. ***J. Bras. Psiquiatria*** 45(3):129-134, 1996.

PERLS, F.S. Gestalt Terapia Explicada. 6ª ed. v.2, São Paulo, Summus, 1977. 374 p.

PERREIRA, M.E.C. Distúrbio de Pânico: Contribuições para Uma Abordagem Psicodinâmica. Tese de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 1989. 277p.

_____. Pânico: Contribuição à Psicopatologia dos Ataques de Pânico. São Paulo, Lemos Editorial, 1997. 253 p.

PEREIRA, M.G. – Epidemiologia, Teoria e Prática. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan S.A., 1995. 596 p.

PERVIN, L.A. Personalidade: Teoria, Avaliação e Pesquisa. São Paulo, E.P.U., 1978. 629 p.

PICHON-RIVIÈRE, E. Teoria do Vínculo. São Paulo, Martins Fontes, 2000. 129 p.

PICHOT, P. Ansiedade: Fenomenologia e Psicometria. In: PICHOT, P. Tratamento Atual da Ansiedade. República Federal da Alemanha, Ed. da Hoechst AG, v.2, p.45-61, 1985.

PIÉRON, H. Dicionário de Psicologia. 8ª ed., São Paulo, Globo, 1993. 656 p.

PITTA, A. Hospital Dor e Morte como Ofício. 8ª ed., São Paulo, Hucifec, 1994. 198 p.

PITTS, F.N.; Mc CLURE, J.N. Lactate Metabolism inThe Anxiety Neurosis. ***N. Engl. J. Med.*** 277:1329-1336, 1967.

POLLACK, M.H.; OTTO, M.W.; SABATINO, S.; MAJCHER, D.; WORTHINGTON, J.J.; Mc ARDLE, E.T.; ROSENBAUM, J.F. Relationship of Childhood Anxiety to Adult Panic Disorder: Correlates and Influence on Course. ***Am. J. Psychiatry*** 153(3):376-377,1996.

PONTES, J.F. O Ensino de Psicologia no Currículo Médico. In: Associação Brasileira de Escolas Médicas. Anais da IV Reunião. Salvador, 1966.

RANGÉ, B. Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos. São Paulo, Editorial Psy II, p.68-103, 1995a.

RANGÉ, B. Psicoterapia Comportamental e Cognitiva- Pesquisa, Prática, Aplicações e Problemas. São Paulo, Editorial Psy, p.36-53, 1995b.

RANK, O. The Effect of a Strange Enviroment on the behaviour of Infants. In: FOSS B.M. (org.) Determinants of Infant Behaviour. V 4., London, Methuen, 1969.

RASKIN, M.; PEEKE, V.S.; DICKMAN, W.; PINSKER, H. Panic and Generalized Anxiety Disorders. ***Arch. Gen. Psychiatry*** v. 39, June, 1982.

REICH, J.H.; YATES, W. Prevalence of DSM-III Personality Disorders in The Community. ***Soc. Psychiatry Epidemiol.*** 24:12-16, 1989.

RIBEIRO, J.P. Teorias e Técnicas Psicoterápicas. 2ª Ed. Petrópolis. Vozes, 1988. 244 p.

RIECHELMANN, J.C.; SPINELLI, M.R.; ANDRADE, C.L. (org.) Funções Básicas do Viver: Abordagem Psicossomática. São Paulo, Frôntis, 1998. 196 p.

ROCCO, R.P. Relação Estudante de Medicina-Paciente. In: MELLO-FILHO, J. (org.) Psicossomática Hoje. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. 385 p.

ROGER, C.R. Client – Centered Therapy. Boston, Mass. Houghton, 1951.

ROHDE, L.A.; ZAVASCHI, M.L.; LIMA, D.; ASSUMPÇÃO-JR., F.B.; BARBOSA, G.; GOLFETO, J.H.; REIS, R. Quem deve Tratar Crianças e Adolescentes ? O Espaço da Psiquiatria da Infância e da Adolescência em Questão. ***Rev. Bras. Psiquiatria*** 22(1), jan/março, 2000.

ROSENBAUM, J.F.; BIERDERMAN, J.; GERSTEN, M.; HIRSHFELD, D.R.; MENINGER, S.R.; HERMAN, J.B.; KAGAN, J.; REZNICK, S.; SNIDMAN, N. Behavioral Inhibition in Children of Parents with Panic Disorder and Agoraphobia. ***Arch. Gen. Psychiatry*** 45(5):463-470, 1988.

ROSENBAUM, J.F.; BIEDERMAN, J.; HIRSHFELD, D.R.; BOLDUC, E.A.; FARAONE, S.V.; KAGAN, J.; SNIDMAN, N.; REZNICK, S. Further Evidence of an Association between Behavioral Inhibition and Anxiety Disorders: Results from a Family Study of Children from a Non-Clinical Sample. ***J. Psychiat. Res.*** v.25 1(2):49-65, 1991a.

ROSENBAUM, J.F.; BIERDEMAN, J.; HIRSFELD, D.R.; BOLDUC, E.A.; CHALOFF, J. Behavioral Inibition in Children: A Possible Precursor to Panic Disorder or Social Phobia. ***J. Clin. Psychiatry*** 52: 11(Suppl):5-9, 1991b.

ROTH, M. The Phobic Anxiety-Depersonalization Syndrome. ***Proc. R. Soc. Med.*** 52:587-595, 1959,

RUDIO, F.V. Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica. 15ª Ed. Petrópolis, Vozes, 1990.

SÁ Jr., L.S.M. Sinopse de Psiquiatria. O Diagnóstico Psiquiátrico. Rio de Janeiro, Cultura Médica, p.197-199, 1993.

SANDERSON, W.C.; WETZLER, S. Prevalence of Personality Disorders Among Patients with Anxiety Disorders. ***Psychiatry Research*** 51:167-174, 1994.

SARTRE, J.P. O Existencialismo é um Humanismo. 3ª ed., Lisboa, Ed. Presença, 1970. 264p.

SCHAPIRA, K.; KERR, T.A.; ROTH, M. Phobias and Affective Illness. ***Brit. J. Psychiatry***. 117:25-32, 1970.

SHAVITT, R.G.; GENTIL, V.; CROCE, J. Panic and Astham: A Dangerous Mislabeling. ***European Psychiatry*** 8:41-43, 1993.

SHEEHAN, D.V. The Anxiety Disease. New York, Charles Scribner's Sons, 1983.

SHEEHAN, D.V.; BALLENGER, J.; JACOBSEN, G. Treatment of Endogenous Anxiety with Phobic, Nysterical and Hypochondriacal Symptons. ***Arch. Gen. Psychiatry*** 37:51-59, 1980.

SILOVER, D.; MANICAVASAGAR, V. Adults Who Feared School: Is Early Separation Anxiety Specific to the Pathogenesis of Panic Disorder. ***Acta Psychiat. Scand.*** 88:385-390, 1993.

SIQUEIRA, L.M. – Pesquisa Bibliográfica Tecnologia. São José dos Campos, ITA, 1969.

SNAITH, R.P.A. Clinical Investigation of Phobias. ***Brit. J. Psychiatry*** 114:673-698, 1968.

SOIFER, R. Psiquiatria Infantil Operativa. 3ª, ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. 423 p.

SLATER, E.; SHIELDS, J. General Aspects of Anxiety. In: Studies of Anxiety (special publication 3). ***Br. J. Psychiatry*** 139:62-71, 1969.

SOLYOM, L. LEDWIDGE, B., SOLYOM, C. Delineating Social Phobia. ***Br. J. Psychiatry*** 149:464-470, 1996.

SOUZA, A.M. Estudo da Associação entre Ansiedade de Separação e Transtorno de Pânico. Tese de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 1996a. 240 p.

SOUZA, C.A.C.S. As Classificações Diagnósticas em Psiquiatria. ***J. Bras. Psiquiatria*** 45(2):95-103, 1996b.

SOUZA, A.M.; MATOS, E.G. A Fobia Escolar como uma Manifestação do Transtorno de Ansiedade de Separação. X Congresso Latino Americano de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Curitiba, abril, 1995.

_____ Fobia Escolar em Gêmeos Univitelínicas- Um Preditor para Fobia Social? ***J. Bras. Psiquiatria*** 45(12): 695-698, 1996.

TALBOTT, J.; HALES, R.; YUDOFSKY, S. Tratado de Psiquiatria. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. 1003p.

THYER, B.A.; NESSE, R.M.; CURTIS,G.C. Panic disorder: A Test of The Separation Anxiety Hypothesis. ***Beh. Res. Ther***. 24:209-211, 1986.

TRINCA, W. Diagnóstico Psicológico: A Prática Clínica. São Paulo, E.P.U., 1984.

TURNER, R. Qualidade de Vida: Experiência com Sertralina. ***J. Bras. Psiquiatria*** 43(Supl.2):81-86, 1994.

VERSIANI, M. Discussão: A Etiologia das Doenças Mentais. ***J. Bras. Psiquiatria*** 33(1):19-24, 1984.

VERSIANI, M. A Revolução Psiquiátrica dos Anos 80. ***J. Bras. Psiquiatria*** 37(5):275-278, 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. International Classification of Diseases. ICD-8, ICD-6, Geneva, 1948.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. International Classification of Diseases. ICD-8, Geneva, 1974.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. International Classification of Diseases. ICD-9, Geneva, 1978.

ANEXOS

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

- **ENCAMINHAMENTO:**

Nº: ----------

( ) AMBAD **( ) Projeto Instituição Família e Saúde Mental**

( ) Demanda espontânea

( ) Área médica: Especialidade:..... Instituição:..... Nome Médico:.....

( ) Área não médica: Especialidade:.....Instituição:..... Nome:.....

( ) Outros: ----------

1- AMBAD

( ) Médico Responsável: ----------

( ) Psicólogo Responsável: ----------

( ) Estagiário Responsável: ----------

( ) Supervisor: ----------

2- Projeto "Instituição, Família e Saúde Mental – (IFSM)

( ) Psicólogo Responsável: ----------

( ) Estagiário Responsável: ----------

( ) Supervisor: ----------

Data 1ª Entrevista:...../...../..... **Entrevistador:.....**

Hipótese Diagnóstica: .....

Diagnóstico e data: .....

3- Indicação:

( ) Em avaliação diagnóstica no período de .../...../ a ..../...../..... ( ) AMBAD

( ) Em avaliação diagnóstica no período de .../...../ a ..../...../..... ( ) IFSM

( ) Farmacoterapia: Tipo e prescrição (tempo, freqüência, quantidade) ----------

( ) Psicoterapia Individual ( ) Grupo ( ) Familiar ( )

( ) Farmacoterapia e Psicoterapia

( ) Pesquisa:----------

4- Agenda de atendimento:

(1) .../.../.... Hrs:..... (9) .../...../..... Hrs:..... (17) ...../...../..... Hrs:.....

(2) ...../...../..... Hrs:..... (10) ...../...../..... Hrs:..... (18) ...../...../..... Hrs:.....

- **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Apresentação do entrevistador e solicitação: Gostaria de obter algumas informações gerais sobre o Sr. (a):

1- Nome: .....

2- Sexo: ( ) M ( ) F Data Nascimento:..../..../..... Idade:.....anos

3- Endereço Atual:

.....

..... Bairro:.....**Fone Contato:**

.....

4-Nacionalidade: ( ) Brasil ( ) Outro: .....

5- Naturalidade: ( ) Pará ( ) Outro Estado: .....

5- Município de Origem: ..... Município que reside: .....

7-Nível de Escolaridade: (O Sr. (a) estudou até que série?)

( ) analfabeto ( ) alfabetizado

( ) 1° Grau Incompleto: Série:..... ( ) 1° Grau Completo

( ) 2^0 Grau incompleto : Série:.... ( ) 2^0 Grau Completo

( ) 3^0 Grau incompleto: Série:..... ( ) 3^0 Grau Completo

8- Profissão (Qual sua profissão?) : .....

9- Ocupação Atual (Com que trabalha atualmente?): .....

10-Estado Civil Atual (Qual seu estado civil atual?): .....

( ) Solteiro ( ) Casado Civil ( ) União Livre/Coabitação

( ) Separado ( ) Separado Legalmente ( ) Viúvo

11- Com quem reside atualmente?

12- Informações Gerais sobre o Grupo Familiar:

a- FAMÍLIA DE ORIGEM

Gostaria que você fornecesse algumas informações a respeito de seus pais e irmãos.

PAI

Nome:.....Idade: ( ) Vivo

( ) Falecido: Quando ocorreu? Causa:.....

Profissão:..... Ocupação atual: Estado civil:.....

Com quem reside? Local:

Outras Informações importantes sobre Pai:

MÃE

Nome:.....Idade: ( ) Viva

( ) Falecida: Quando ocorreu? Causa:

Profissão:..... Ocupação atual: Estado civil:.....

Com quem reside?:..... Local:

Outras Informações importantes sobre Mãe:

IRMÃOS

O Sr(a) tem irmãos? ( ) Sim ( )Não Quantos? Qual a idade?

Qual o sexo? Algum adotado?

Algum (s) já falecido? Há quanto tempo? Qual a causa?

Qual a profissão e ocupação ? Qual estado civil ?

Filhos? Quantos? Qual sexo e idade?

b- **FAMÍLIA ATUAL** (**OBS:** Se constituiu família)

Gostaria que você fornecesse algumas informações a respeito de seu esposo (a) e filhos

ESPOSO(A)

Nome:.....Idade: ( ) Vivo

( ) Falecido(a): Quando ocorreu? Causa:.....

Profissão:..... Ocupação atual:
Vive atualmente com ele (a)? ( ) Sim ( )Não Tempo da relação?: .....
Outras uniões anteriores? Quantas? Tempo duração?
Presença de filhos em relações anteriores? ( ) Sim ( ) Não
Quantos? Sexo? Idade? Profissão? Com quem vivem atualmente:
Outras Informações importantes:
OBS: (Investigar uniões anteriores, presença de filhos na relação anterior, tempo, características, condição atual, etc. Exemplo: quanto tempo o Sr.(a) está viúvo(a)? Algum relacionamento fixo após viuvez?).

FILHOS

O Sr (a) tem filhos? ( ) Sim ( ) Não Quantos? Qual a idade? Qual o sexo?
Algum Adotado? ( ) Sim ( )Não Quantos? Quais? Sexo e Idade?
Abortos? ( ) Sim ( ) Não Quantos? Espontâneo ou Provocado? Como foi?
Algum já falecido? ( ) Sim ( )Não Quantos? Há quanto tempo? Qual a causa?
Qual estado civil ?
Qual profissão e ocupação?
Com quem eles moram?
O Sr(a) tem netos? ( ) Sim Não ( ) Quantos? Qual a idade? Qual o sexo?
Com quem moram seus netos?

13- Outras Informações Gerais

1- Renda
a- Qual sua renda individual?
( ) Não tem renda ( ) de 3 a 4 salários mínimo
( )menos de 1 salário mínimo ( ) de 5 a 6 salários mínimo
( ) de 1 a 2 salários mínimo ( ) mais de 6 salários mínimo
b- Qual a origem de sua renda individual?
( ) seu trabalho atual ( ) pais ( ) ajuda externa Quem? .....
( ) aposentadoria ( ) marido ou esposa
( ) pensão ( ) filhos
c- Quem mantém financeiramente a família?
( ) marido ( ) esposa ( ) filhos quantos contribuem? .....
( ) Outros Quem:.....
d- Qual a renda familiar ?
( ) Não tem renda ( ) de 3 a 4 salários mínimo
( ) menos de 1 salário mínimo ( ) de 5 a 6 salários mínimo
( ) de 1 a 2 salários mínimo ( ) mais de 6 salários mínimo

14- Condições de Moradia

a- O imóvel é:
( ) próprio? ( ) alugado? ( ) financiado ( ) invasão?
b- Qual o tipo de residência?
( ) casa ( ) apartamento
( ) madeira ( ) alvenaria

c- Qual a quantidade e especificação dos cômodos?
( ) pátio ( )sala de estar ( ) sala de jantar ( ) Cozinha
( ) 1 quarto dormir ( ) 2 quartos dormir ( ) 3 quartos dormir ( ) mais de 3
( ) banheiro interno ( ) banheiro externo
( ) água encanada ( ) luz elétrica
OBS:.....

- **CONTRATO**

PESQUISA: "Instituição, Família e Saúde Mental"

Nosso objetivo é ajudá-lo, procurando entender suas dificuldades. Para tanto estamos desenvolvendo um estudo que procura conhecer sua história de vida e de sua família.

Você é livre para decidir se deseja participar relatando sua história, sabendo que caso se recuse a participar isto não implicará em nenhum dano ao seu tratamento, como também que será preservada sua identidade quando da publicação dos resultados.

Caso aceite participar o Sr (a) compromete-se a:

- receber a visita dos pesquisadores em sua casa em horário e dia previamente estipulado;
- Participar, respondendo as informações solicitadas ou aquilo que julgue importante relatar e realizando as atividades propostas.
- Permitir, com o consentimento destes, a inclusão de outros membros de seu grupo familiar ao estudo.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- O paciente tem o direito a se negar a participar da pesquisa; sem prejuízo do atendimento, cuidado e tratamento por parte da Equipe deste Hospital;

- Poderá também desistir da entrevista a qualquer momento que julgar necessário, mesmo que está já tenha se iniciado;

- Sua identidade será preservada quando da publicação desse estudo;

- Para qualquer tipo de reclamação a respeito da pesquisa, entrar em contato com a Secretaria do HC-UNIVERSITÁRIO

DATA:------/-----/-----

---------- ----------

Cliente Pesquisador

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA: DADOS CLÍNICOS

1- QUEIXA PRINCIPAL (Registrar a (s) queixa (s) com as palavras utilizadas pelo paciente, esclarecendo entre parêntesis seu significado quando não muito claro , outros problemas e associações, etc.)

1(a) Se 1° atendimento informar e investigar:

- Gostaria que descrevesse, ou seja, falasse sobre os motivos que lhe trouxeram aqui.

  O que está sentindo?

1(b) Se já atendido ou em atendimento no AMBAD:

O que estava sentindo quando procurou o AMBAD?

2- HISTÓRIA DOENÇA

a- Gostaria que descrevesse como tudo começou? Como e onde ?

b- Há quanto tempo?

c- Qual a duração e freqüência destes?

d- Em períodos anteriores já havia apresentado alguns desses sintomas ou dificuldades? ( )Sim ( )Não Quais?

e- Esses sintomas ou dificuldades influenciaram e/ou influenciam sua vida? Como?

f- Ocorreram ou ocorrem limitações em decorrência desses sintomas? ( ) Sim ( ) Não

Qual (is)?

- profissional:
- familiar:
- sexual:
- afetiva e social:
- Outros? Qual(is)

g- Já pensou, planejou ou tentou suicídio? ( )Sim ( )Não O que fez? Como foi?

h-- Existem fatores que você acredita que:

(1) desencadearam e/ou desencadeiam os sintomas, ou seja, contribuem p/ que eles surjam? Quais? Por quê?

(2) agravaram ou agravam os mesmos, ou seja, fazem com que eles aumentem ou tornem-se mais intensos? Quais? Por quê?

(3) melhoram, aliviam ou reduzem os mesmos? Quais? Por quê?

3- OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES

a- Quem lhe encaminhou ou indicou nossos serviços?

b- Quando ocorreu primeira consulta?

c- Já havia realizado ou realiza algum tipo de tratamento tentando solucionar as dificuldades descritas anteriormente? ( ) Sim ( ) Não

CASO AFIRMATIVO INDAGAR:

d- Qual (is) tipo de tratamento realizou? Quanto tempo ? Quem indicou?

e- Utilizou alguma medicação por conta própria ou prescrita por médicos ou outros? ( )Sim ( )Não Qual (is)? Onde e quando utilizou. Qual (is) resultados obtidos? Outro tipo de tratamento? Qual(is)

f- Interrompeu tratamento? ( )Sim ( )Não Qual o motivo?

CASO NEGATIVO INDAGAR: Por que não buscou atendimento?

g-Já consumiu ou costumar ingerir bebidas alcóolicas? ( ) Sim ( ) Não Qual (is)? Qual a freqüência?

h- É fumante? ( ) Sim ( ) Não Há quanto tempo? Qual freqüência e quantidade?

i- Já usou ou usa drogas? ( ) Sim ( ) Não Qual(is)? Há quanto tempo? Qual freqüência e quantidade? Por que as usava ou usa?

j- Quais outras dificuldades relacionadas a sua saúde? (Cardiopatias? Diabete? Obesidade? Limitações físicas? Doenças hereditárias? Outras?)

ANTECEDENTES FAMILIARES (Especificar ao lado incluindo grau de parentesco)

a- Alguém de sua família apresenta: (Listar) Quem? Quando? Como?

( ) Alcoolismo

( ) Ansiedade

( ) Depressão

( ) PMD

( )Pânico

( )Pânico mais PVM

( ) Prolapso Valva Mitral (PVM).....

( ) Esquizofrenia.....

( ) Epilepsia.....

( ) Agorafobia.....

( ) Fobia Social.....

( ) Fobia Simples.....

OBS:

b- Outras doenças comuns na família? Quem?

( )Tuberculose Pulmonar

( )Pneumopatias Crônicas

( )Diabetes

( )Hiper ou Hipotireoidismo

( )Glaucoma

( )Hanseníase

( )Rinites

( ) Úlcera ou gastrite.....

( ) Alergias.....

( ) Lúpus.....

( ) Miastenias.....

( ) Cardiopatias.....

( ) Artrite Reumatóide.....

( )Hepatopatias.

4- ESTADO ATUAL

a- Quais suas preocupações atuais?

b- Como se sente agora?

ANAMNESE PADRONIZADA P/ TRANSTORNOS ANSIOSOS {TRANSTORNO DE PÂNICO, AGORAFOBIA, FOBIA SOCIAL, FOBIA ESPECÍFICA, ANSIEDADE GENERALIZADA (DPMP-UNICAMP/ *Adaptada*)

1- ATAQUE DE PÂNICO

a- O Sr (a) apresentou um período distinto de intenso temor ou desconforto, no qual **4 (ou mais)** dos seguintes sintomas desenvolveram-se **abruptamente e alcançaram um pico em 10 minutos?**

(1) Sim (2) não

b- Sintomas:

(1) Palpitações ou ritmo cardíaco acelerado

(2) Sudorese

(3) Tremores ou abalos

(4) Sensações de falta de ar ou sufocamento

(5) Sensações de asfixia

(6) Dor ou desconforto torácico

(7) Náusea ou desconforto abdominal

(8) Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio

(9) Desrealização (sensações de irrealidade) ou

Despersonalização (estar distanciado de si mesmo)

(10) Medo de perder o controle ou enlouquecer

(11) Medo de morrer

(12) Parestesias (anestesia ou sensações de formigamento

(13) Calafrios ou ondas de calor.

2- TRANSTORNO DE PÂNICO

1- Presença do item a e b ? (1) Sim (2) Não

a- Ataques de pânico recorrentes e inesperados

(1) Sim (2)Não

b- Pelo menos um dos ataques foi seguido por **1 mês (ou mais)** de **uma (ou mais)** das seguintes características:

(1) preocupação persistente acerca de ter ataques adicionais

(2) preocupação acerca das implicações do ataque ou suas conseqüências (por ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, "ficar louco")

(3) uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques

DADOS COMPLEMENTARES

Quando aconteceu a primeira crise?.....

Como foi?.....

Outros sintomas apresentados durante as crises?.....

Freqüência mais alta das crises?.....

Fatores precipitantes das crises?.....

Fatores agravantes das crises?.....

Fatores de proteção?.....

Faz tratamento farmacológico?.....Há quanto tempo?.....

Faz tratamento psicoterápico?.....Há quanto tempo?.....

Tipo de psicoterapia:.....

3- AGORAFOBIA

1- Presença de Agorafobia

(A) Ansiedade acerca de estar em locais ou situações de onde possa ser difícil (ou embaraçoso) escapar ou onde o auxílio pode não estar disponível, na eventualidade de ter um Ataque de Pânico inesperado ou predisposto pela situação, ou sintomas tipo pânico. ( )Sim ( )Não

(B) As situações são evitadas ou suportadas com acentuado sofrimento ou com ansiedade acerca de ter um Ataque de Pânico ou sintomas tipo pânico, ou exigem companhia. ( )Sim ( )Não

(C) A ansiedade ou esquiva agorafóbica não é melhor explicada por um outro transtorno mental.

(1) Sim (2) Não

2- Locais ou situações que despertam ansiedade (Marcar com um X):

(1) estar fora de casa desacompanhado

(2) estar em meio a uma multidão

(3) permanecer em uma fila

(4) estar em uma ponte

(5) viajar de ônibus, trem ou automóvel

(6) outro ----------

( ) TRANSTORNO DE PÂNICO SEM AGORAFOBIA – 300.01

( ) TRANSTORNO DE PÂNICO COM AGORAFOBIA – 300.21

3- AGORAFOBIA SEM HISTÓRIA TRANSTORNO DE PÂNICO – 300.22

A- Presença de Agorafobia relacionada ao medo de desenvolver sintomas tipo pânico (por explo: tontura ou diarréias). ( )Sim ( )Não

B- Jamais foram satisfeitos os critérios para Transtorno de Pânico. ( )Sim ( )Não

C- A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (por explo. Droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral. ( )Sim ( )Não

D- Na presença de uma condição médica geral associada, o medo descrito no critério A excede claramente aquele em geral associado com a condição. ( )Sim ( )Não

4- FOBIA ESPECÍFICA – 300.29

A- Medo acentuado e persistente, excessivo ou irracional, revelado pela presença ou antecipação de um objeto ou situação fóbica (por explo. voar, alturas, animais, tomar injeção, ver sangue). ( )Sim ( )Não

B- A exposição ao estímulo fóbico provoca, quase que invariavelmente, uma resposta imediata de ansiedade, que pode assumir a forma de Ataque de pânico ligado à situação ou predisposição pela situação. **Nota:** Em crianças, a ansiedade pode ser expressa por choro, ataques de raiva, imobilidade ou comportamento aderente. ( )Sim ( )Não

C- O indivíduo reconhece que o medo é excessivo ou irracional. **Nota:** Em crianças, esta característica pode estar ausente. ( )Sim ( )Não

D- A situação fóbica (ou situações) é evitada ou suportada com intensa ansiedade ou sofrimento.

( )Sim ( )Não

E- A esquiva, antecipação ansiosa ou sofrimento na situação temida (ou situações) interfere significativamente na rotina normal do indivíduo, em seu funcionamento ocupacional (ou acadêmico) ou em atividades ou relacionamentos sociais, ou existe acentuado sofrimento acerca de ter a fobia. ( )Sim ( )Não

F- Em indivíduos com menos de 18 anos, a duração mínima é de 6 meses. ( )Sim ( )Não

G- A ansiedade, os Ataques de Pânico ou a esquiva fóbica associados com o objeto ou situação específica não são melhor explicados por outro transtorno mental, como TOC (por explo. Medo de sujeira em alguém com uma obsessão de contaminação), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (por explo. esquiva de estímulos associados a um estressor severo), transtorno de Ansiedade de separação (por explo. esquiva da escola), Fobia Social(por explo. esquiva de situações sociais em vista do medo do embaraço), Transtorno de Pânico com Agorafobia ou Agorafobia sem História transtorno de Pânico. ( )Sim ( )Não

OBS: Especificar Tipo:

(1) Ambiente Natural (por explo. altura, tempestades, água). .....

(2) Sangue-Injeção-Ferimentos: .....

(3) Situacional (por explo. aviões, elevadores, locais fechados). .....

(4) Outro Tipo (por explo. esquiva fóbica de situações que podem levar a asfixia, vômitos ou a contrair uma doença; em crianças, esquiva de sons altos ou personagens vestidos com trajes de fantasia).

5- TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO – 309.21

A- Ansiedade inapropriada e excessiva em relação ao nível de desenvolvimento envolvendo a separação do lar ou de figuras de vinculação, evidenciada **por 3 (ou mais)** dos seguintes aspectos: ( )Sim ( )Não

(1) sofrimento excessivo e recorrente frente à ocorrência ou previsão de afastamento de casa ou de figuras de vinculação ( )Sim ( )Não

(2) preocupação persistente e excessiva acerca de perder, ou sobre possíveis perigos envolvendo figuras importantes de vinculação ( )Sim ( )Não

(3) preocupação persistente e excessiva de que um evento indesejado leve à separação de uma figura importante de vinculação (por explo. perder-se ou ser seqüestrado) ( )Sim ((..)Não

(4) relutância persistente ou recusa a ir p/ escola ou a qualquer outro lugar, em razão do medo de separação ( )Sim ( )Não

(5) temor excessivo e persistente ou relutância em ficar sozinho ou sem as figuras importantes de vinculação em casa ou sem adultos significativos em outros contextos ( )Sim ( )Não

(6) relutância ou recusa persistente a ir dormir sem estar próximo a uma figura importante de vinculação ou a pernoitar longe de casa ( )Sim ( )Não

(7) pesadelos repetidos envolvendo o tema da separação

(8) repetidas queixas de sintomas somáticos (tais como cefaléias, dores abdominais, náusea ou vômitos) quando a separação de figuras importantes de vinculação ocorre ou é prevista((..)Sim ( )Não

A-A perturbação tem uma duração mínima de 4 semanas. (..)Sim ( )Não

B- Perturbação inicia antes dos 18 anos. (..)Sim ( )Não

C- A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, acadêmico (ocupacional) ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo( )S ( )N

D- A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e, em adolescentes e adultos, não é melhor explicada por Transtorno de Pânico com Agorafobia. (..)Sim ( )Não

Especificar:

Início precoce: se início antes dos 6 anos de idade

6- FOBIA SOCIAL – 300.23

1- Presença de Fobia Social

(A) Medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, onde o indivíduo é exposto a pessoas estranhas ou ao possível escrutínio por outras pessoas. ( )Sim ( )Não

(B) A exposição à situação social temida quase que invariavelmente provoca ansiedade, que pode assumir a forma de um Ataque de Pânico ligado a situação ou predisposto por situação. ( )Sim ( )Não

(C) A pessoa reconhece que o medo é excessivo ou irracional. ( )Sim ( )Não

(C) As situações sociais e de desempenho temidas são evitadas ou suportadas com intensa ansiedade ou sofrimento. ( )Sim ( )Não

(D) (E) A esquiva, antecipação ansiosa ou sofrimento na situação social ou de desempenho temida interferem significativamente na rotina, funcionamento ocupacional (acadêmico), atividades sociais ou relacionamento do indivíduo, ou existe sofrimento acentuado por ter a fobia.

(F) Em indivíduos **com menos de 18 anos**, a duração é de no **mínimo 6 meses.**

(G) O temor ou esquiva não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral nem é melhor explicado por outro transtorno mental. ( )Sim ( )Não

(H) Em presença de uma condição médica geral ou outro transtorno mental, o medo no Critério A não tem relação com estes. (1) Sim (2) Não

2- Situações Temidas / Evitadas

(1) escrever em público

(2) comer em público

(3) urinar em banheiro público

(4) interação social (comparecer festas, iniciar

Ou manter conversas, participar de grupos, etc.)

3- Tipo

(1) Específica a ----------

(2) Generalizada (temores relacionados à maioria das situações sociais)

7-TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO – 300.3

A- Obsessões ou compulsões:

Obsessões, definidas por (1), (2), (3) e (4):

(1) pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento durante a perturbação, são experimentadas como intrusivos e inadequados e causam acentuada ansiedade ou sofrimento ( )Sim ( )Não

(2) os pensamentos, impulsos ou imagens não são meras preocupações excessivas com problemas da vida real ( )Sim ( )Não

(3) a pessoa tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens, ou neutralizá-las com algum outro pensamento ou ação ( )Sim ( )Não

(4) a pessoa reconhece que os pensamentos, impulsos ou imagens obsessivas são produto de sua própria mente (não impostos a partir de fora, como na inserção de pensamentos)

Compulsões, definidas por (1) e (2):

(1) comportamentos repetitivos(por explo. lavar mãos, organizar, verificar ou atos mentais (por explo. orar, contar ou repetir palavras em silêncio) que a pessoa se sente compelida a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas ( )Sim ( )Não

(2) os comportamentos ou atos mentais visam a prevenir ou reduzir o sofrimento ou evitar algum evento ou situação temida; entretanto, esses comportamentos ou atos mentais não tem conexão realista com o que visam a neutralizar ou evitar ou são claramente excessivos(..)Sim) ( )Não

B- Em algum ponto durante o curso do transtorno, o indivíduo reconheceu que as obsessões ou compulsões são excessivas ou irracionais. **Nota:** Isso não se aplica a crianças.

C- As obsessões ou compulsões causam acentuado sofrimento, consomem tempo **(tomam mais de 1 hr por dia)** ou **interferem significativamente na rotina**, funcionamento ocupacional (ou acadêmico), atividades ou relacionamentos sociais habituais do indivíduo. ( )Sim ( )Não

D- Se um outro transtorno do Eixo I está presente, o conteúdo das obsessões ou compulsões não está restrito a ele (por explo. preocupações com alimentos na presença de um Transtorno Alimentar; puxar os cabelos na presença de Tricotilomania, preocupação com aparência na presença de Transtorno Dismórfico Corporal; preocupações com drogas na presença de Transtorno por Uso Substância; preocupação com Ter uma doença grave na presença de Hipocondria; preocupação com anseios e fantasias sexuais na presença de Parafilia; ruminações de culpa na presença de um Transtorno Depressivo maior). ( )Sim (..)Não

E- A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por explo. droga de abuso, medicamento) ou uma condição médica geral. ( )Sim ( )Não

Especificar se:

Com Insight Pobre: se na maior parte do tempo durante o episódio atual, o indivíduo não reconhece que as obsessões e compulsões são excessivas ou irracionais.

Conteúdo das obsessões e compulsões:

8-TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO – 309.81

A- Exposição a um evento traumático no qual **os seguintes quesitos estiveram** presentes: (..)Sim ( )Não

(1) a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou grave ferimento, reais ou ameaçados, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros ( )S ( )Não

(2) a resposta envolveu intenso medo, impotência ou horror. **Nota:** Em crianças, isto pode ser expressado por um comportamento desorganizado ou agitado ( )Sim ( )Não

B- O evento traumático é **persistentemente revivido em 1 (ou mais)** das seguintes maneiras:(..)Sim( )Não

(1) recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções. **Nota:** Em crianças pequenas, podem ocorrer jogos repetitivos, com expressão de temas ou aspectos do trauma ( )Sim ( )Não

(2) sonhos aflitivos e recorrentes com o evento. **Nota:** Em crianças podem ocorrer sonhos amedrontadores sem conteúdo identificáveis s ( )Sim ( )Não

(3) agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashbacks, inclusive aqueles que ocorrem ao despertar ou quando intoxicado). **Nota:** Em crianças pequenas pode ocorrer reencenação específica do trauma ( )Sim ( )Não

(4) sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático ( )Sim ( )Não

(5) reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático ( )Sim ( )Não

C- Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (não presente antes do trauma) **indicada por 3 (ou mais) dos seguintes quesitos:**

(1)esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma ( )S ( )Não

(2) esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma ( )S ( )Não

(3) incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma ( )Sim ( )Não

D- redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas ( )Sim ( )Não

(5) Sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas ( )Sim ( )Não

(6) Faixa de afeto restrita (por explo. Incapacidade de Ter sentimentos de carinho) ( )Sim ( )Não

(7) Sentimento de um futuro abreviado(por explo. Não espera Ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou um período normal de vida) ( )Sim ( )Não

E- Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada(não presentes antes do trauma), **indicados por 2 (ou mais) dos seguintes quesitos**: ( )Sim ( )Não

(1) dificuldade em conciliar ou manter sono ( )Sim ( )Não

(2) irritabilidade ou surtos de raiva ( )Sim ( )Não

(3) dificuldade de concentrar-se ( )Sim ( )Não

(4) hipervigilância ( )Sim ( )Não

(5) resposta de sobressalto exagerada ( )Sim ( )Não

F- A duração da perturbação (sintomas dos Critérios B, C e D) **é superior a 1 mês.** ( )Sim ( )Não

F- A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. ( )Sim ( )Não

Especificar se:

Agudo: se a duração dos sintomas é inferior a 3 meses ( )

Crônico: se a duração dos sintomas é de 3 meses ou mais. ( )S

Especificar se:

Com início tardio: se o início dos sintomas ocorre pelo menos 6 meses após o estressor. ( )

Eventos Traumáticos explo: os eventos traumáticos vivenciados diretamente incluem, mas não se limitam a, combate militar, agressão pessoal violenta (ataque sexual, ataque físico, assalto a mão armada, roubo), seqüestro, ser tomado como refém, ataque terrorista, tortura, encarceramento como prisioneiro de guerra ou em campo de concentração, desastres naturais ou causados pelo homem, graves acidentes automobilísticos ou receber diagnóstico de uma doença que traz risco a vida.

Para crianças os eventos sexualmente traumáticos podem incluir experiências sexuais inadequadas em termos do desenvolvimento, sem violência ou danos físicos reais ou ameaçadores

Os eventos testemunhados incluem, mas não se limitam a, observar sérios ferimentos ou morte não-natural de uma outra pessoa devido a ataque violento, acidente, guerra ou desastre, ou deparar-se inesperadamente com um cadáver ou partes de corpos humanos.

Os eventos vivenciados por outros, dos quais o indivíduo toma conhecimento, incluem, mas não se limitam a, ataque pessoal violento, sério acidente ou ferimentos graves sofridos por um membro da família ou amigo íntimo; conhecimento de morte súbita ou inesperada de um membro da família ou amigo íntimo; conhecimento de uma doença com risco de vida em um dos filhos.

9-TRANSTORNO DE ESTRESSE AGUDO – 308.3

a- Exposição a um evento traumático no qual **ambos os seguintes quesitos** estiveram presentes: (.)S ( )Não

(1) a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou sérios ferimento, reais ou ameaçados, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros ( )S ( )Não

(2) a resposta envolveu intenso medo, impotência ou horror. ( )Sim ( )Não

B- Enquanto vivenciava ou após vivenciar o evento aflitivo, **o indivíduo tem 3 (ou mais)** dos seguintes sintomas dissociativos:

(1) um sentimento subjetivo de anestesia, distanciamento ou ausência de resposta emocional .(.)Sim ( )Não

(2) uma redução da consciência quanto às coisas que o rodeiam (por explo. "estar num sonho") ( )S ( )Não

(3) desrealização ( )Sim ( )Não

(4) despersonalização ( )Sim ( )Não

(5) amnésia dissociativa (isto é, incapacidade de recordar um aspecto importante do trauma) (.)S ( )Não

C- O evento traumático é persistente revivido **no mínimo de 1 das** seguintes maneiras: imagens, pensamentos, sonhos, ilusões e episódios de flashback recorrentes, uma sensação de reviver a experiência, ou sofrimento quando da exposição a lembretes do evento traumático. ( )Sim ( )Não

D- Acentuada esquiva de estímulos que provocam recordações do trauma (por explo. pensamentos, sentimentos, conversas, atividades, locais e pessoas.) ( )S ( )N

E- Sintomas acentuados de ansiedade ou maior excitabilidade (por explo. dificuldade para dormir, irritabilidade, fraca concentração, hipervigilância, resposta de sobressalto exagerada, inquietação motora). ( )Sim ( )Não

F- A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo e prejudica sua capacidade de realizar alguma tarefa necessária, tal como obter auxílio necessário ou mobilizar recursos pessoais, contando aos membros da família acerca da experiência traumática. ( )Sim ( )Não

G- A perturbação tem **duração mínima de 2 dias e máxima de 4 semanas**, e **ocorre dentro de 4 semanas após o evento traumático**. ( )Sim ( )Não

H- A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por explo. droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral, não é melhor explicada por um transtorno Psicótico breve, nem representa uma mera exacerbação de um transtorno preexistente do Eixo I ou Eixo II. ( ) Sim ( )Não

10- TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA- 300.02

A- Ansiedade e preocupação excessiva (expectativa apreensiva), **ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos 6 meses**, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional)

( )Sim ( )Não

B- O indivíduo considera difícil controlar a preocupação. ( )Sim ( )Não

C- A ansiedade e a preocupação estão **associadas com 3 (ou mais)** dos seguintes 6 sintomas (**com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos 6 meses**) **Nota:** apenas 1 item é exigido para crianças. ( )Sim ( )Não

(1)inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele ( )Sim ( )Não

(2) fatigabilidade ( )Sim ( )Não

(3)dificuldade em concentrar-se ou sensações de "branco" na mente ( )Sim ( )Não

(4) irritabilidade ( )Sim ( )Não

(5) tensão muscular ( )Sim ( )Não

(6) perturbação do sono (dificuldades em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto) ()Sim ( )Não

D- O foco da ansiedade ou preocupação não está confinado a aspectos de um transtorno do Eixo I; por explo a ansiedade ou preocupação não se refere a Ter um ataque de pânico (como no Transtorno de Pânico), ser embaraçado em público (como na Fobia Social), ser contaminado (como no Transtorno Obsessivo-Compulsivo), ficar afastado de casa ou de parentes próximos (como no Transtorno de Ansiedade de Separação), ganhar peso (como na Anorexia Nervosa), Ter múltiplas queixas físicas (como no Transtorno de Somatização) ou ter uma doença grave (como na Hipocondria) e a ansiedade ou preocupação não ocorre exclusivamente durante o Transtorno de Estresse Pós-Traumático. ( )Sim ( )Não

E- A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes. ( )Sim ( )Não

F- A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância(droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por explo. hipertiroidismo) nem ocorre exclusivamente durante um Transtorno do Humor, Transtorno Psicótico ou Transtorno Invasivo do Desenvolvimento. ( )Sim ( )Não

11-TRANSTORNO DE ANSIEDADE DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL – 293.89

Condições Médicas gerais que podem causar ansiedade:

0- **Condições Endócrinas:** hiper e hipotiroidismo, feocromocitoma, hipoglicemia, hiperadrenocorticismo, **Condições Cardiovasculares:** insuficiência cardíaca congestiva, embolia pulmonar, arritmia, etc.

1- **Condições Respiratórias:** doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumonia, hiperventilação, etc.

2- **Condições Metabólicas:** deficiência vitamina B_{12}, porfíria, etc.

3- **Condições Neurológicas:** neoplasmas, disfunção vestibular, encefalite

12-TRANSTORNO DE ANSIEDADE INDUZIDO POR SUBSTÂNCIAS

Intoxicação por substâncias: álcool, anfetamina, cafeína, cannabis, cocaína, alucinógenos, inalantes, fenciclidina, etc

Por abstinência: álcool, cocaína, sedativos, hipnóticos e ansiolíticos, etc.

Outros medicamentos: anestésicos e analgésicos, simpaticomiméticos ou outros broncodilatadores, anticolinérgicos, insulina, preparados de tireóide, contraceptivos orais, anti-histamínicos, medicamentos antiparkinsonianos, corticosteróides, medicamentos anti-hipertensivos e cardiovasculares, anticonvulsivantes, carbonato de lítio e medicamentosa antidepressivos.

Metais pesados e toxinas: gasolina e tinta, inseticidas organofosfatados, gases asfixiantes, monóxido de carbono, dióxido de carbono.

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA: ASPECTOS DESCRITIVOS DA HISTÓRIA DE VIDA

1- HISTÓRIA PRÉ-NATAL (Planejamento e intercorrências da gravidez, parto)

Gostaria que você descrevesse o que ouviu comentar e/ou o que sabe ou pensa a respeito de seu nascimento.

1- Como foi seu nascimento? ( ) Planejado ( ) Indesejado ( ) Desconhece

2-E o parto de sua mãe? (Local e condições)

( ) Normal ( ) Cessaria ( ) Em casa ( ) Hospital

3-Condições:

4-Apresentou algum problema, defeito ou lesão ao nascer? ( ) Sim ( ) Não Qual (is)?

5-Quais as reações dos pais quanto ao sexo?

6- Como e por quem foi escolhido o nome?

7- Quem cuidou de você nos primeiros dias de vida?

8-Com quem ficava? Onde?

9-Com quem e onde dormia?

10-Qual (is) a (s) pessoa (s) que você acha que foi (ram) importante (s) ao seu desenvolvimento? Por quê? Dê exemplos:

11-Quais os cuidados e atenções que você acha que recebeu neste período? De quem?

12-O que você acha e/ou pensa sobre como foi cuidado neste período?

13-Como seus pais ou as pessoas que cuidaram de você o descreviam enquanto bebê?

14-Você recebeu os cuidados e atenções necessárias neste período ao seu desenvolvimento físico e mental ? Como? Por quê?

15-O que você sente quando relata o seu nascimento?

16-Se pudesse mudar algo o que mudaria?

17- O que seus pais ou as pessoas que cuidaram de você falavam a respeito de seu nascimento?

18-O que você pensa sobre isso?

2-PRIMEIRA INFÂNCIA (0 A 3 ANOS) (Desenvolvimento Neuro-Psicomotor; Amamentação/Desmame; Cuidados Maternos com o Bebê; Alimentação; Sono; Marcha e Fala; Controle Esfincteriano; etc.,.).

Gostaria que você(você) descrevesse o que ouviu comentar e/ou o que sabe ou pensa a respeito de seus primeiros anos de vida.

1- Como e por quem foi amamentado? ( ) Natural ( ) Mamadeira

2-Mamou quanto tempo? Como e quando ocorreu desmame?

3- Usou chupeta; chupava dedo? ( )Sim ( )Não Quanto tempo?

4-Apresentou distúrbios gastrointestinais? ( )Sim ( )Não Quais?

5-Apresentou distúrbios do sono? ( )Sim ( )Não Qual (is)?

( ) Sono Tranqüilo ( ) Sono Agitado

6-Com quem e onde dormia?

7-Andou com que idade? Apresentou alguma dificuldade? ( )Sim ( )Não Quais?

8-Falou com que idade? Apresentou alguma dificuldade? ( ) Sim ( ) Não Quais?

9- Quem cuidava de você nos primeiros anos de vida? Como? Por quê?

10-Descreva essa (s) pessoa (s) que cuidava (m) de você?

I11- Quais os sentimentos que você acha que essas pessoas tinham por você? Por quê?

12- O que sente em relação a ela (s)? Por quê?

13- Se pudesse mudar algo neste período da história de sua vida o que mudaria? Por quê?

14- Você acha que recebeu os cuidados e atenções necessárias ao seu desenvolvimento físico e mental neste período? ( )Sim ( )Não Por quê?

15- Qual (is) a (s) pessoa (s) que você acha que foi (ram) mais importante(s) ao seu desenvolvimento? Por quê?

16- Como você se relaciona com ela(s) atualmente? Por quê? Dê exemplos.

MODALIDADES DE APEGO

a- Indique se: (1) nenhuma, (2) uma, (3) ou mais de uma das afirmativas abaixo descrevem a relação entre você e seus pais e/ou entre você e outras pessoas que cuidaram de você durante a infância:?

(1) Meus pais ou as pessoas que cuidaram de mim estiveram disponíveis, oferecendo cuidados e ajuda necessárias ao meu desenvolvimento **(AS).**

(2) Meus pais ou as pessoas que cuidaram de mim mostravam-se disponíveis em algumas ocasiões e em outras não **(AAR).**

(3) Meus pais ou as pessoas que cuidaram de mim costumavam usar ameaças de me abandonarem **(AAR).**

(4) Meus pais ou as pessoas que cuidaram de mim não estiveram disponíveis, oferecendo cuidados e ajuda necessárias ao meu desenvolvimento **(AAE).**

Como? Qual o motivo Dê exemplos

b- Indique se: (1) nenhuma, (2) uma, (3) ou mais de uma das afirmativas abaixo descrevem sua condição na infância?

(1) Me sentia seguro, confiante para explorar o mundo, crescer e viver **(AS).**

(2) Me sentia ansioso para explorar o mundo, crescer e viver **(AAR).**

(3) Precisava muito de outras pessoas para explorar o mundo, crescer e viver **(AAR)**

(4) Esperava ser rejeitado e abandonado pelas pessoas que cuidavam de mim **(AAE)**

(5) Não tinha confiança de que quando buscasse ajuda seria ajudado **(AAE)**

(6) Procurei viver minha vida sem amor e sem a ajuda dos outros **(AAE)**

Como? Qual o motivo? Dê exemplos:

3- INFÂNCIA INTERMEDIÁRIA (3 A 11 ANOS)

Gostaria que você descrevesse o que ouviu comentar e/ou o que sabe ou pensa a respeito de sua infância, período aproximadamente dos 3 aos 11 anos.

1- Doenças da Infância

- Qual (is) doenças apresentou nesta faixa etária?
- Apresentou Enurese Noturna(xixi na cama)? ( )Sim ( )Não Até que idade? Como foi tratada?
- Asma? Alergias? Problemas gastro-intestinais? Outros? Até que idade? Como foi tratada?

2- Escolaridade

- Quando começou a freqüentar a escola? Como foi? Como reagiu?
- Apresentou dificuldade em alguma disciplina específica? ( ) Sim ( ) Não Qual (is)
- Apresentou alguma outra dificuldade? ( ) Sim ( ) Não Quais?
- Repetência? ( ) Sim ( ) Não Abandono escola? ( ) Sim ( ) Não Qual motivo? Como foi?
- Suspensões? ( ) Sim ( ) Não Expulsão ( ) Sim ( ) Não Qual motivo? Como foi?

3-Jogos e Brincadeiras

- Como costumava brincar?
- Gostava de brincar com outras crianças? ( ) Sim ( ) Não Por quê?
- Como preferia brincar? Por quê?
- Algum brinquedo preferido ou animal de estimação? ( )Sim ( ) Não Qual(is)
- Como se relacionava com estes?

4- Temperamento e Emoções

- Como você se descreve na infância? Qual o motivo?

5- Sono

- Apresentou algum distúrbio do sono? ( )Sim ( )Não Quais? Intensidade? Freqüência?
- Pesadelos? Terrores Noturnos? Insônia? Sonambulismo? Outros? Intensidade? Freqüência?
- Com quem e onde dormia? Tinha dificuldade em dormir sozinho? Por quê?

6- Família

- Foi cuidado e educado por quem neste período?
- Quais as pessoas que residiam na casa neste período? Qual grau de parentesco? Descreva essas pessoas.
- Como era a relação entre eles? Como você se relacionava com estas pessoas?
- Como seus pais educaram você? Era punido? Repreendido? Dê exemplos:
- Como se sente agora?
- Seus pais ou outras pessoas significativas exigiam que você estivessem sempre ao seu lado? ( )Sim ( )Não Quem? Como? Qual motivo?
- Permitiam (investigar motivos):

-que você brincasse com outras crianças? ( )Sim ( )Não

-que você saísse de casa sozinho? ( )Sim ( )Não

-que você dormisse fora de casa? ( )Sim ( )Não

-que você que você fosse brincar ou passar o dia na casa de amigos ou parentes? ( )Sim ( )Não

- Qual (is) a (s) características de seu PAI? Por quê?
- Qual(is) as características de sua MÃE? Por quê?
- Qual(is) as características de seus IRMÃOS? Por quê?

7-Perdas e Separações

- Alguma separação ou perda de pessoa(s) importante, objeto querido ou outros neste período? (Morte? Separações? Perdas de bens?) ( ) Sim ( )Não

Qual (is)? Como você reagiu e o que sentiu?

8- Fobias

- Tinha algum medo neste período? Qual(is)? Qual a idade?
- Qual intensidade e freqüência? Quando ocorriam?
- O que fazia para evitá-los ou para se proteger?

ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO

Parte I - Separação de Figuras Significativas

(INDAGAR IDADE, QUEM, QUANDO E COMO?)

2- Reação ao separar-se de figuras vinculação importante (pai, mãe e/ou outras)?

2-Costumava ficar em casa de amigos ou parentes, longe dessas figuras?

3- Quando distante dessas figuras sentia saudades?

4- Tinha algum brinquedo do qual não se separava? ( ) sim ( ) não Qual? (is).....

5- Algum lugar especial que gostasse de ficar? ( ) sim ( ) não Qual? (is).....

6- Alguma (s) fantasia (s) freqüente envolvendo o tema separação? ( )sim ( )não Qual? (is).....

Parte II - Ansiedade de Separação

(INDAGAR IDADE, DE QUEM, QUANDO E COMO)

1-Alguma preocupação irreal e persistente de que algum mal pudesse ocorrer a essas figuras, ou medo de que elas partissem e não mais voltassem? ( )Sim ( )Não

Descreva:

2-Medos (ser raptado, morto, vítima de acidentes, sair sozinho de casa, ser abandonado) ou preocupações de que algum acontecimento externo ia separá-lo dessas figuras?

( ) Sim ( )Não Descreva :

3- Recusa em ir ou ficar na escola? ( )Sim ( )Não 4- Recusa em dormir sozinho? ( )Sim ( )Não

5- Evitação ficar sozinho? ( )Sim ( )Não

6- Sintomas físicos (dor de cabeça, náuseas, vômitos, etc. ...) em dias de aula ou em situações de separação ou quando a separação é prevista? ( )Sim ( )Não

7- Duração dos sintomas (dias, semanas ou meses)? 8- Idade de início dos sintomas?

9- Na sua família alguém apresentou ou apresenta esses sintomas? ( )Sim ( )Não

Quem. quando e quais? Outros?

4—FINAL DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Gostaria que você descrevesse o final de sua infância e adolescência

1- Vida Cotidiana

- Quais eram suas atividades habituais? O que costumava fazer?
- Quais passatempos prediletos? Com quem morava?
- Descreva essas pessoas e sua relação com elas:
- Fugiu de casa alguma vez? ( )Sim ( )Não Por quê?
- Usou álcool ou drogas? ( )Sim ( )Não Qual (is) Quantidade, freqüência ,motivos?
- Fumava? ( )Sim ( )Não Quantidade, freqüência., motivos?
- Como eram seus hábitos alimentares? Sono? Higiene?

2- Interesse e Lazer

- Praticava algum esporte? ( )Sim ( )Não Qual (is)?
- Quais eram seus hobbies ou passatempos prediletos?
- O que mais gostava de fazer? Ler? Escrever? Cinema? Festas?

3- Sociabilidade

- Como era sua relação com professores? Como era sua relação com colegas?
- Gostava de liderar? ( )Sim ( ) Não
- Gostava de estar com amigos em grupos? ( )Sim ( ) Não Por quê?
- Experimentava ansiedade em situações sociais? ( )Sim ( ) Não Como?
- Precisava ingerir bebidas alcóolicas p/ estar com amigos ou ir a festas ou outros acontecimentos sociais? ( )Sim ( )Não

4-Psicossexualidade

- Como reagiu a menarca (1ª menstruação) ou a primeira ejaculação?
- Masturbava-se? ( ) Sim ( ) Não

- Como foi o início de sua vida sexual?
- Contraiu alguma Doença Sexualmente Transmissível? ( ) Sim ( ) Não Qual (is)
- Quem orientou você e como orientou a respeito da sexualidade?
- Como escolhia seus parceiros? Teve namorados (as)? Quantos? Tipo e tempo da relação?
- Qual (is) atitude (s) da família em relação aos assuntos ligados a sexualidade?
- Qual a qualidade das relações?

5-VIDA ADULTA

Gostaria que você descrevesse sua vida adulta.

1- História Profissional e Educacional

- Como foi sua vida escolar neste período? Estudou até que série? Porque?
- Escolheu a profissão? ( )Sim ( )Não Qual o motivo?.
- Qual foi? Por quê? Quantos empregos já teve
- O que faz atualmente a nível profissional? Gosta do que faz? Por quê?
- Demissões? Abandono de Emprego? Qual motivo?

2- Sociabilidade

- Tem amigos? ( )Sim ( )Não Quem são? Como é sua relação com eles?
- Costuma freqüentar a casa deles? ( )Sim ( )Não Qual a freqüência?
- Sai com eles? ( )Sim ( )Não Qual a freqüência?
- Que tipo de interesses sociais, intelectuais e sociais compartilha com amigos (Exemplo: esportes, festas dançantes, teatros, etc.) ?

3- Sexualidade

- Descreva sua vida sexual:
- Já apresentou ou apresenta impotência? ( )Sim ( )Não

- Vaginismo (dor durante ato sexual)? ( )Sim ( )Não
- Frigidez (falta interesse sexual)? ( )Sim ( )Não
- Ejaculação Precoce? ( )Sim ( )Não
- Outros? ( )Sim ( )Não Qual (is)? Quando começaram, freqüência, intensidade?
- Existem queixas sobre parceiro (a) atual? ( )Sim ( )Não Quais?
- Sua relação está ameaçada ? ( )Sim ( )Não Como? Por quê?

4- Vida Conjugal e Familiar

- Descreva seu companheiro. Como é sua relação com companheiro (a) atual?
- Qual o tempo da relação?
- Quais as característica do companheiro (a) que mais admira? Por quê?
- Quais aquelas que você não gosta? Por quê?
- O que levou em consideração ou a quais os fatores mais importantes para a escolha do companheiro (a)?
- Como você se sente em relação a esse companheiro (a)?
- Você depende deste companheiro? ( )Sim ( )Não Como? Dê exemplos:

( )emocional ( )financeira Qual o motivo?

- Qual (is) as características da relação?
- Como você se descreve como Pai(Mãe)?
- Descreva seus filhos:
- - Como é sua relação com seus filhos? Como eles se relacionam com você?
- Como educou e/ou educa seus filhos?
- Existe(m) dificuldade(s) em relação ao desempenho das funções de Pai(Mãe)? Qual(is)? Qual o motivo? Dê exemplos:
- Quais suas características positivas como Pai(Mãe)? Por quê?

- Quais suas características negativas como Pai(Mãe) ou que gostaria de mudar? Por quê?
- Alguma preocupação em relação aos filhos? Qual (is) ? Por quê?
- Como é a relação entre os membros de sua família?
- Se pudesse mudar algo em sua família o que mudaria? Por quê?
- Existe alguma semelhança entre sua família atual e a de seus pais?

( )Sim ( ) Não Qual (is)? Você já havia pensado sobre isso?

- Existem diferenças? ( )Sim ( ) Não Qual (is)?
- Descreva um dia em família:

5- Perdas significativas e elaboração de luto

Quais as perdas significativas que ocorreram em sua vida atual e como foi a elaboração do luto? (mortes, separações, perdas de bens, de ideais, migrações – quando e reações)?

6-Vida Cotidiana

- Descreva sua vida cotidiana, afazeres habituais e disposição, apetite e hábito alimentar, ciclo vigília-sono, atividades físicas, higiene, etc.):

7- Interesse e lazer atuais

- Descreva seus interesses atuais e as atividades de lazer:

8- Religião atual e crenças

- Qual sua religião atual?

Outros dados importantes

- Quais outros dados você julga importante ou gostaria de destacar em relação a sua história de vida?

ENTREVISTA NÃO-ESTRUTURADA: RELATO LIVRE DA HISTÓRIA DE VIDA

Comando: Hoje será realizado uma atividade relacionada a sua história de vida. Nesses 50 minutos que dispõe você deverá relatar a história de sua vida. Você é livre para relatar o que desejar. É importante que você dê um título ao trabalho.

2- DESENHO DA CASA, ÁRVORE E PESSOA; DESENHO DA FAMÍLIA E DESENHO LIVRE

Material: Folha papel jornal branco, não transparente, lápis preto número 2 **(Acromático)** e lápis cor **(Cromático)** , borracha macia, mesa e cadeira confortáveis):

Atitude Pesquisador: discreto, tranqüilo e neutro. Munido de Folha de registro deve anotar tudo o que vai acontecendo de forma discreta. No canto superior da Folha Registro anotar: **nome, sexo, idade , data aplicação, assinatura e tempo de reação e conclusão.** Deve haver uma folha de registro p/ cada desenho. Deverá também anotar toda a verbalização do propósito, tiques, traços feitos com mão direita ou esquerda, movimentos do papel ou corporais, etc. (Explo: o sujeito se entrega confiantemente e confortável a tarefa? Expressa dúvidas? Expressões verbais de insegurança, ansiedade, suspeita, arrogância, hostilidade, negativismo, etc.? O pesquisador poderá dizer palavras de estímulo, quando necessário, sem alterar instruções específicas do teste. A qualquer pergunta do sujeito deverá o pesquisador responder: **como quiser, do tipo que gostar, desenhe o que deseja, como deseja. Não estamos interessados em ver se você desenha bem, mas , apenas que desenhe o que foi solicitado.**

OBS: Usar pilha papel e todos os demais materiais sobre a mesa.

a- **Desenho de uma Casa; (Agora você vai desenhar uma casa.). – Folha horizontal.**

b- **Desenho de uma Árvore ; (Agora você vai desenhar uma árvore frutífera) – Folha vertical**

c- **Desenho de uma Pessoa; (Agora você vai desenhar uma pessoa) - Folha vertical.**

Obs: Comumente quando é desenhado uma pessoa incompleta, pede-se para que tome outra folha e desenhe uma completa. Pessoa completa deverá possuir: cabeça, tronco, braços e pernas. Se apenas uma parte de uma área é omitida, por explo as mãos, ou pés, ou uma das partes do rosto, o desenho é aceito como completo. OBS: Para pesquisa aceitaremos desenho completo ou incompleto.

d- **Desenho de uma Pessoa do sexo oposto ao do desenho anterior; (Agora, desenhe uma pessoa do sexo oposto ao desenho anterior, ou seja, você desenhou antes uma figura feminina, agora desenhe uma masculina). Folha vertical.**

OBS: **Para a pesquisa oferecemos forma acromática e cromática, o sujeito que irá determinar mediante escolha do material.**

2-Desenho da Família (Agora desenhe uma Família) Folha horizontal.

3-Desenho Espontâneo-Livre. (Agora desenhe o que quiser ou desejar)

Após a atividade procede-se ao que se chama a análise das associações. O objetivo é elucidar significados específicos e características particulares do desenho.

Depois que o sujeito terminou os desenhos, o pesquisador procederá o inquérito, relativo a cada um dos mesmos.

COMANDO Geral: Agora você contará uma história sobre cada um desses desenhos, como se fosse uma novela ou peça de teatro. Para tanto basta deixar sua imaginação o mais livre que puder.

1- Desenho da Casa:

Comando:

Conte uma história sobre esta casa respondendo as seguintes perguntas:

De quem é essa casa? Onde foi construída? Quem a construiu?

Essa casa tem um andar de cima? Essa casa possui escada?

Você gostaria de morar nela? Por quê? Que quarto você escolheria? Por quê?

Com quem você gostaria de morar nesta casa?

Quando você olha para casa, parece próxima ou longe?

Parece que está acima de você, abaixo ou na mesma altura?

Como está o tempo neste quadro? Em que esta casa faz você pensar?

Alguém ou alguma coisa fez algum mal a esta casa?

De que esta casa mais precisa? O que mais falta nessa casa?

2- Desenho da Árvore

Comando:

Conte uma história sobre esta árvore respondendo as seguintes perguntas :

Que árvore é esta que você desenhou?

Onde está situada? Que idade tem esta árvore? Quem a plantou? Por quê?

Essa árvore está sozinha ou no meio de outras?

Será que gostaria de estar no meio de outras árvores?

É uma árvore sadia? É uma árvore feliz?

Que impressão lhe causa: parece uma árvore viva ou morta? Por quê?

Quanto falta para ela morrer?

Comparando esta árvore com uma pessoas você diria que esta árvore é do sexo masculino ou feminino?

De que pessoa, que você conhece, esta árvore lhe lembra?

Alguém ou alguma coisa fez mal a esta árvore?

De que esta árvore mais precisa? Agora, olhando seu desenho que lhe sugere?

Você gostaria de dizer mais alguma coisa a respeito dessa árvore?

3- Desenho da Pessoa

Comando:

Conte uma história sobre esta figura como se ele (ela) fosse a personagem de uma novela ou peça, respondendo as seguintes perguntas sobre ele(ela):

O que esta pessoa está fazendo?

Que idade tem? É casada? Tem filhos? Com quem?

Está mais ligada ao pai ou à mãe? Quantos irmão tem?

Que trabalho faz? Vai a escola? O que quer ser? É inteligente?

É forte? Tem boa saúde? É Simpática?

Qual a melhor parte de seu corpo? Qual a parte mais feia do seu corpo? Por Quê?

É um tipo nervoso? O que está pensando? Do que tem medo?

É triste ou alegre? O que a deixa com raiva?

O que mais deseja? Quais são seus três maiores desejos?

Quais são suas três maiores qualidades? Quais são seus três piores defeitos?

Prefere está sozinha ou com outras pessoas?

Ela se perturba quando é observada?

O que as pessoas dizem dela? Confia nas pessoas? Tem medo das pessoas?

Ela se dá bem com o companheiro?. Ela se dá bem com os pais?

Ela está sempre junta ou separada do cônjuge?

Como são as relações sexuais com o companheiro(a)?

Quando teve sua primeira experiência sexual?

Tem namorado (a) firme (se solteira)? Espera casar-se (se solteira)?

Que tipo de rapazes ou moças prefere ?

Já teve relações sexuais com moças? (se sexo feminino) com homens (se masculino)?

Já foi abordado? (homossexualmente)

Se masturba freqüentemente? O que pensa sobre isso?

Com quem essa figura se parece? Você gostaria de ser parecido com ela?

Qual a parte mais bonita do corpo desta pessoa?

Qual a parte mais feia deste desenho?

Você gostaria de acrescentar algo mais sobre o desenho?

4- **Desenho da Família**

Quem são as pessoas que desenhou? Falta alguém?

Por que não está aí? Quais as pessoas próximas uma das outras?

Quais as mais distantes Onde e como vivem estas pessoas?

Como se relacionam? Como se comunicam?

Quem cuida dessa família? É uma família alegre ou triste?

Tem alguém doente nesta família? Quem? Por quê ficou doente?

Qual a pessoa mais forte desta família? Por quê? Qual a mais frágil ? Por quê?

Há líder? Quem? O que faz? Quem determina as normas?

É uma família sadia ou doente? Por quê?

O que fez com que esta família ficasse sadia ou doente?

O que de melhor há nesta família? O que de pior há nesta família?

Falta alguma coisa a esta família? O que falta?

Algum mal aconteceu a esta família? O que ocorreu?

Em que você estava pensando quando estava desenhando?

O que mais você gostaria de dizer a respeito dessa família?

5- Desenho Espontâneo

Que representa este desenho?

Este foi o primeiro tema que você pensou ou você quis desenhar outras coisas? Neste caso, em que pensou antes?

Agora, olhando seu desenho o que você considera?

TESTE DAS FÁBULAS

F1- FÁBULA DO PASSARINHO

"Um papai e uma mamãe pássaros e seu filhote passarinho estão dormindo num ninho, no galho. De repente começa a soprar um vento muito forte, que sacode a árvore e o ninho cai no chão. Os três passarinhos acordam num instante e o passarinho papai voa rapidamente para uma árvore, enquanto a mamãe passarinho voa para outra árvore. O que vai fazer o filhote passarinho? Ele já sabe voar um pouco."

F2 FÁBULA DO ANIVERSÁRIO DE CASAMENTO

"É festa de aniversário de casamento do papai e mamãe. Eles se amam muito e dão uma bela festa. Durante a festa, a criança se levanta e vai ficar sozinha no fundo do quintal. Por quê?"

F3- FÁBULA DO CORDEIRINHO

"Lá no pasto estão uma mamãe ovelha e seu cordeirinho. O cordeirinho pula todo o dia ao lado da mamãe e todas as tardes a mamãe lhe dá um bom leite quente que ele adora. Mas ele já come capim também. Um dia trouxeram para a mamãe ovelha um pequeno cordeirinho que estava com fome, para que a mamãe lhe desse leite. Mas a mamãe ovelha não tem leite bastante para os dois e diz para seu primeiro cordeirinho: 'como eu não tenho leite bastante para dar aos dois, vá então comer capim fresco'. O que o cordeirinho vai fazer?"

F4- FÁBULA DO ENTERRO

" Um enterro está passando nas ruas da cidadezinha e as pessoas perguntam: quem morreu? Alguém responde: é uma pessoa da família que mora 'naquela casa'. Quem é que morreu?"

F5- FÁBULA DO MEDO

"Uma criança diz baixinho: Ai, que medo! De que ela tem medo?

F6- FÁBULA DO ELEFANTE

"Uma criança tem um elefantinho do qual ela gosta muito e que é lindo, com sua tromba bem comprida. Um dia, voltando do passeio, a criança entra em seu quarto e acha seu elefantinho muito diferente. O que ele tem de diferente? Por que ele está diferente?

F7- FÁBULA DO OBJETO FABRICADO

"Uma criança conseguiu fabricar um objeto de argila, uma bonita torre, que ela acha lindo, lindo, lindo. O que ela vai fazer com ele? Sua mãe pede o objeto de presente e a criança é livre para dar ou não. O que esta criança vai fazer?

F8- SOBRE A FÁBULA DO PASSEIO COM A MÃE (OU COM O PAI)

"Uma menino (ou uma menina) fez um lindo passeio no parque, sozinho com sua mamãe(ou com seu papai, no caso de menina). Eles se divertiram muito juntos. Voltando para casa, o menino(ou a menina) acha que seu papai (ou sua mamãe) está brabo. Por quê?"

F9- FÁBULA DA NOTÍCIA

"Uma criança volta da escola e sua mãe lhe diz: não comece já a brincar (a fazer sua lição), pois tenho uma coisa para lhe contar. O que a mamãe vai lhe contar?"

F10- SOBRE AFÁBULA DO SONHO MAL

"Uma criança acorda de manhã muito cansada, e diz: Ai, que sonho mau que eu tive! Com o que ela sonhou?"

ENTREVISTA FAMILIAR ESTRUTURADA-EFE

1- Vamos imaginar que vocês teriam de mudar-se da casa onde moram no prazo máximo de um mês. Gostaria que vocês planejassem agora, em conjunto, como seria a mudança.

2- Quando você está fazendo uma coisa qualquer, mas fica difícil terminar essa tarefa sozinho, o que você faz?

3- Diga de que coisas você mais gosta em você.

4- Como é um dia de feriado na família?

5- Imagine que você está em sua casa, discutindo com uma pessoa qualquer de sua família, e alguém bate na porta. Quando você vai atender, a pessoa com quem você estava discutindo lhe dá um empurrão. O que você faz?

6- Cada um de vocês vai escolher uma ou várias pessoas da família, pode ser qualquer pessoa, e vai fazer alguma coisa para mostrar a essa pessoa que gosta dela, sem dizer nenhuma palavra.