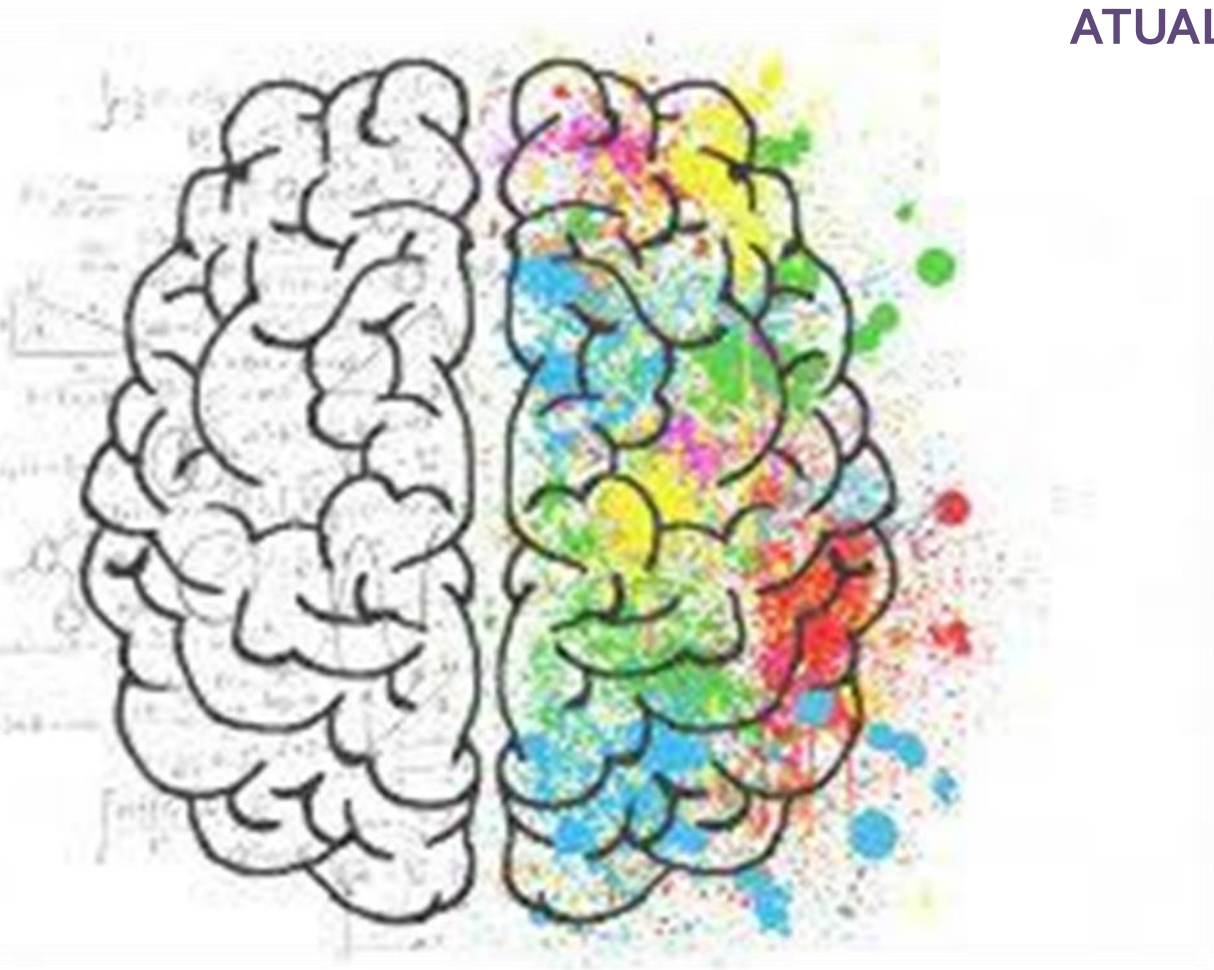


ISSN 1806-0625

REVISTA CIENTÍFICA ELETRÔNICA DE PSICOLOGIA

OLHARES DA
PSICOLOGIA
SOBRE
QUESTÕES DA
ATUALIDADE



VOLUME 29. NÚMERO 1
NOVEMBRO 2017

REVISTA CIENTÍFICA ELETRÔNICA DE PSICOLOGIA

VERSÃO DIGITAL. ISSN 1806-0625

GARÇA/SP

**Revista Científica Eletrônica de Psicologia- RCE. PSI-
ISSN: 1806-0625**

CURSO DE PSICOLOGIA
Sociedade Cultural e Educacional de Garça
Faculdade de Ensino Superior e Formação Integral – FAEF

Administração Superior
Presidente: Wilson Shimizu
Vice-presidente: Dra. Dayse Maria Alonso Shimizu

Direção da FAEF – Dra. Vanessa Zappa
Vice direção – Msc. Augusto Gabriel Claro de Melo

EDITOR CHEFE

Rui Mesquita Neto – Coordenador do Curso de Psicologia da FAEF

CONSELHO EDITORIAL

Dr. Wellington Silva Fernandes
Dra. Chayrra Chehade Gomes
Dra. Juliana Baracat
Ma. Débora Elisa Parente Freitas
Me. José Wellington dos Santos
Me. Juliana Alvares

REVISÃO DE TEXTO

Jéssica Alves Alvarenga

REVISÃO GERAL

Suelen Martins Nogueira

PROJETO GRÁFICO

Rui Mesquita Neto

Revista Científica Eletrônica de Psicologia / Publicação científica
do curso de Psicologia da Faculdade de Ensino Superior e
Formação Integral. Edição 29, v. 29, n. 01 (2017). -- Garça:
FAEF, 2017.

Semestral
Texto em português
ISSN: 1806-0665

1.Psicologia I. FAEF

CDD 150

Ficha Catalográfica Elaborada pela Biblioteca da Instituição.

SUMÁRIO

Apresentação	02
Transtorno de Personalidade Borderline: a intervenção da terapia cognitivo comportamental	03
MARTINS, Letícia DOTA, Fernanda	
O Impacto da Doença de Alzheimer nas Relações Familiares	29
BONFIM, Marcia MATTOS, Gabriel Gonçalves	
Freud e o Humor: mecanismo de defesa ou sublimação?	51
OLIVEIRA, Patrick Heid BARACAT, Juliana	
Transtorno do Espectro Autista: algumas formas de tratamento	66
ALVES, Ronni Soares MATTOS, Gabriel Gonçalves	

APRESENTAÇÃO

A psicologia é uma área do conhecimento que tem por objetivo o estudo do comportamento e das funções mentais. Também busca compreender o funcionamento da psique de um indivíduo. Por isso, se uma pessoa tiver questões psicológicas dolorosas a serem trabalhadas, o trabalho do psicoterapeuta é acolhê-la e proporcionar atendimento psicoterapêutico adequado.

Para oferecer esse tratamento, é preciso que o profissional da área de psicologia esteja sintonizado com questões sociais típicas de seu tempo. Por isso, esta 30ª edição da Revista Científica Eletrônica de Psicologia da Faculdade de Ensino Superior e Formação Integral (FAEF) traz como tema central **Olhares da Psicologia sobre Questões da Atualidade**. Dessa forma, podemos conscientizar profissionais, estudantes e interessados em psicologia a fim de buscarem melhor qualidade de vida para todos em nossa sociedade atual.

Boa leitura!

Atenciosamente,
Corpo Editorial

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: A INTERVENÇÃO DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

MARTINS, Letícia ¹

DOTA, Fernanda ².

RESUMO

Transtorno de personalidade Borderline começou sendo classificado como uma esquizofrenia, passando de neurose a transtorno e até hoje sendo difícil seu diagnóstico, o presente trabalho discorre pela história do Transtorno Borderline através da revisão da literatura onde aponta suas classificações ao longo do tempo e atualmente, focando na intervenção da terapia cognitivo comportamental e suas técnicas de tratamento do paciente Borderline. Para este artigo chegar ao seu propósito foram realizadas revisões bibliográficas de artigos, obras, especializadas na sua história e assunto; foram usadas obras de autores da terapia cognitivo comportamental e especialistas no assunto, sendo esta abordagem interventiva colocada como a mais efetiva em pacientes com este transtorno. O artigo também apresentará algumas representações do Transtorno em mídias visuais como filmes e ilustrações, tentando trazer mais clareza e importância que tem em se discutir o tratamento do Borderline.

Palavras chave: Borderline, definição, intervenção, terapia cognitivo comportamental

ABSTRACT

Borderline Personality Disorder began as a schizophrenia passing from neurosis to disorder and until today is difficult to diagnose, the present work discusses the history of Borderline Disorder through the literature review where it points its classifications to the time long and currently, focusing on the intervention of the cognitive behavioral therapy and their Borderline patient treatment techniques. For this article, it was published bibliographical reviews of articles, works, specialized in its history and subject, the works of authors of the behavioral and experts in the subject were used, being the behavioral interventional approach placed as the most effective in patients with this disorder. The article will also present some representations of the Disorder in visual media like films and illustrations, trying to bring more clarity and importance in having to discuss the treatment of Borderline.

Keywords: Borderline, definition, intervention, cognitive behavioral therapy

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno de Personalidade Borderline tem sido abordado pelo meio

¹ Discente do Curso de Psicologia da Faculdade de Ensino Superior e Formação Integral – FAEF.

² Docente do Curso de Psicologia da Faculdade de Ensino Superior e Formação Integral – FAEF. E-mail: fer.dota@hotmail.com

literário e citado em muitas pesquisas, contudo ainda se nota poucos estudos que tratam do assunto de maneira mais minuciosa.

A noção de Borderline surge com uma denominação vaga e abstrata, onde a mesma não se estendia nem para a psicose clássica nem a neurótica. O seu diagnóstico vem como categoria na clínica psicanalítica e psiquiátrica em 1949. Os quadros na época apareciam como histerias graves e bizarras, neuroses obsessivas que se limitam com a psicose ou certas fobias graves, com grande influenciam de pensamento delirante (BLEICHMAR, 1992).

Desenvolveu –se atualmente vários tipos e formas de tratamento dentro de cada especialidade, no entanto especialistas apontam algumas que estão se destacando das demais, como o tratamento farmacológico, terapia dinâmica breve e a terapia cognitivo comportamental (TCC), sendo a TCC apontada como mais eficaz no tratamento do Borderline (GABBARD,1998).

O desenvolvimento de estudos aprofundados sobre o tratamento e a chegada do seu diagnóstico, ocorre em extrema importância de pesquisa, por se tratar de um transtorno muitas vezes apontado como crescente entre as pessoas, e que acarreta muitos prejuízos, tanto para o paciente como para as pessoas que estão a sua volta, bem como para terapeuta que acaba não fazendo o tratamento certo e adequado para este tipo de paciente. Por isso, as decorrentes pesquisas, tanto de profissionais da área ou curiosos, trazem um benefício de auxílio e levantamento de literatura maior para aqueles que precisam e vão trabalhar com este tipo de tratamento.

Neste artigo, a partir, da investigação e revisão literária sobre o diagnóstico e tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline a partir da visão da Terapia Cognitivo Comportamental, passará pela história desde quando era determinado como uma esquizofrenia, até os tempos atuais onde se discute seu tratamento, mas enfatiza o uso da TCC como mais eficaz. Com a ajuda do levantamento bibliográfico foram apresentadas as classificações e denominações que, ao longo do tempo, utilizou-se ao Transtorno, bem como trazer alguns critérios de diagnósticos, entender mais sobre a Terapia cognitivo comportamental, e suas intervenções terapêuticas que podem ser aplicadas ao paciente Borderline, entendendo mais como elas funcionam.

O artigo foi desenvolvido a partir de revisão da literatura, descrevendo e caracterizando os principais fatores e tratamentos para a personalidade Borderline dentro da terapia cognitivo comportamental. Através da literatura adquirida no acervo da FAEF, da Biblioteca municipal de Garça, sendo buscados livros sobre a história e atualidade do tema, revistas científicas e autores da área da terapia cognitivo comportamental para aprofundamento dos tratamentos e intervenções. Artigos científicos e livros eletrônicos, também, foram consultados como forma de melhor preenchimento e entendimento sobre o tema abordado.

Este artigo científico foi dividido em três capítulos: onde temos a primeira parte que vem o desenvolvimento e introdução, a apresentação do termo Borderline discorrendo sobre a história e classificação ao longo dos levantamentos bibliográficos até atualmente introduzido ao DSM – 5 (2014) e seu instrumento de diagnóstico por parte dos profissionais. O terceiro capítulo aborda enfoques teóricos sobre a abordagem cognitivo comportamental e sua intervenção no transtorno Borderline, mostrando técnicas e características de seu tratamento

Este estudo poderá auxiliar profissionais da área da psicologia ou da saúde mental na escolha de uma melhor abordagem para o tratamento efetivo do transtorno de personalidade Borderline.

1.1 Objetivos:

1.1.1 Objetivo Geral: Propõe o levantamento histórico e atual e a investigação de como se caracteriza a intervenção e tratamento do paciente com Transtorno de Personalidade Borderline por meio da abordagem Cognitivo Comportamental.

1.1.2 Objetivo específico:

- Caracterizar o transtorno de Personalidade Borderline;
- Apresentar as técnicas da Terapia Cognitivo Comportamental no tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline.

1.2 METODOLOGIA

Busca ser uma pesquisa qualitativa com base em pesquisa bibliográfica sendo realizado uma busca que abrange conhecimentos de diferentes obras e

autores como busca de soluções e respostas para o tema do artigo escolhido. Foram utilizadas obras de autores da biblioteca da Faculdade de Ensino Superior de Garça – FAEF e da Biblioteca Municipal de Garça, artigos e revistas eletrônicas através de pesquisas em web sites para pesquisa bibliográfica deste artigo.

1.2 JUSTIFICATIVA

O artigo surgiu a partir do primeiro contato com o tema que foi na aula do professor Wellington onde o mesmo apresentou o tema Borderline e do que se tratava e nos pediu um trabalho para exposição de psicologia na época, onde foi tomada a iniciativa de um teatro, a partir, disso o interesse pelo tema Transtorno de personalidade Borderline apenas aumentou.

De início se surgiu a ideia de analisar o filme Borderline – além dos limites, por se tratar de um retrato bem realista do transtorno, depois veio a proposta de apresentar a abordagem terapia cognitivo como modo de intervenção ao paciente Borderline, para enfatizar que a abordagem consegue resultados satisfatórios na maioria de seus casos de maneira rápida e eficaz através de técnicas de intervenções. E enfatizar também a cobrança por novas pesquisas e levantamento literário sobre o tema, onde se carece de uma melhor classificação por parte técnica, como o DSM – 5 e o CID – 10 sendo essas classificações muito controversas ao longo do tempo e nos tempos atuais aparentam ser esquecidas, apesar de apresentarem grandes riscos ao indivíduo e as pessoas que o cercam.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Transtorno de personalidade Borderline: Processo histórico

Kahlbaum e Hecker (1870) apud Sadler (1985) descrevem a Hebefrenia sendo uma categoria que se assemelha hoje em dia ao transtorno de personalidade Borderline, na época ela era comum em adolescentes e era concebida como uma forma de loucura juvenil.

Para Hecker (1871) a Hebefrenia em adolescentes era manifestada por meio

de comportamentos graves e pensamentos desorganizados. Ao longo do tempo, comprovou-se quadros menos pesados denominados Heboidofrenia, onde, adolescentes se mostraram com uma alienação social juvenil, alterando seus comportamentos éticos e sociais (KAHLBAUM, 1890).

No grupo de hebéticos temos a hebefrenia e a heboidofrenia. Os adolescentes chamados de heboídes encontram dificuldades com relação a estabilidade emocional, as oscilações de humor são frequentes, havendo uma dificuldade na compreensão de regras e costumes, com alterações no convívio social. Já nos adolescentes hebefrênicos o pensamento delirante está presente e atrelado aos comportamentos sociais dissociativos (KAHLBAUM, 1890).

No começo do século passado o “grupo das esquizofrenias latentes”, ou seja, os heboídes, são reconhecidos como esquizofrenias leves, e nos apresenta um caso que os comportamentos sociais do indivíduo são considerados normais, mas a irritabilidade do mesmo, e sua constante mudança de humor com as pessoas que o cercam, faz com que ele classifique esse tipo de comportamento como esquizofrenia latente (BLEULER, 1911).

Sugerem-se vários termos com base nesta esquizofrenia mais leve, com psicose e neurose sendo intermediada, porém, em 1952 o termo Borderline começa a ganhar força na literatura quando a mesma já não está mais associada a neurose e nem mesmo a psicose:

Knight utilizava o termo borderline para pacientes, geralmente encontrados no contexto da internação psiquiátrica, que não poderiam ser classificados nem como psicóticos, nem como neuróticos” (DALGALARRONDO; VILE 1994. p. 66).

O autor Knights (1953) usa o termo Transtorno Borderline em seus estudos sendo considerado um dos precursores a travar uma discussão perante a definição dentro das especializações, e suas definições diagnósticas

2.1.1 Transtorno de personalidade Borderline: Definições do termo e classificações

Dalgalarrrondo e Vilela (1994) definiram na categoria de esquizofrenia o termo Borderline entrando no CID – 9 (1976) como um sintoma psicótico como no DSM – II (1968) sendo associada ainda a esquizofrenia latente.

“Trata-se de um quadro mental que se manifesta por meio de um comportamento excêntrico ou inconsequente e de anomalias que dão a impressão de esquizofrenia, apesar de não haver manifestação, presente ou passada, de anomalias esquizofrênicas definidas e características” (CID – 9, 1976).

Na mesma definição no CID – 9 (1976) foram vistos o despreparo na hora de tentar definir não sabendo onde ele devia se encaixar, apenas sabendo se tratar de uma impressão de esquizofrenia. Sendo associado aos estudos de Kahlbaum (1890) mas, não se encaixando em nenhuma categoria definitiva. (DALGALARRONDO; VILELA, 1994)

No DSM – III (1980) trouxe uma maior inclusão de como conceber o diagnóstico para os pesquisadores e profissionais da saúde classificando e avaliando para o desenvolvimento clínico a partir da pesquisa e determinando as causas, para não se embasar na teoria, facilitando sua inclusão e conclusão, nele essas avaliações eram feitas a partir:

- 1: Transtorno psiquiátrico principal;
- 2: Transtorno do desenvolvimento;
- 3: Doenças físicas;
- 4: Estressores psicossociais;
- 5: Nível de adaptação social antes da eclosão do distúrbio.

Este modo de avaliação fez com que o DSM – III (1980) fosse um grande avanço no sistema de diagnóstico, mesmo sendo baseado nas grandes escolas psiquiátricas para chegar neste resultado, alguns ainda criticavam seu modo de abordagem e definição (DALGALARRONDO; VILELA, 1994).

Os autores Lefèvre et al (1975) criticaram o DSM – III como sendo fundamentado apenas nos comportamentos externos do indivíduo, sem considerar o mundo interno e comportamentos nas suas vivências. Sendo criticado também por

tentar não se basear em qualquer prioridade teórica tratando de uma avaliação vazia e neutra.

Os autores Spitzer, et al (1979) foram os responsáveis pelas contribuições que vieram junto com o DSM – III (1980), mesmo alguns autores não concordando com seus estudos, se tornaram um grande avanço na relação e definição, contribuindo para o trabalho dos profissionais da saúde e pesquisadores, saindo da categoria esquizofrenia latente de Bleuler, (1911). A psiquiatria usa duas linhas de estudo:

- Distúrbio de personalidade esquizotípico
- Distúrbio de personalidade borderline.

Conforme os autores Spitzer, et al (1979) a primeira linha tratava da personalidade instável de vários pacientes, que se utilizavam como instrumento valioso no tratamento usando as frustrações como instrumentos. E a segunda linha era onde estava metido a esquizofrenia, usando o termo para comportamentos de delírios, por exemplo, que permanecem ao longo do tempo.

Spitzer et al (1979) continuaram depois de um estudo aprofundado tentando separar ou definir uma linha de estudo sobre o diagnóstico. Separando os grupos se constatou que o termo Borderline fazia sim parte de dois grupos um separado do outro.

O Primeiro grupo se caracterizava como:

“Distúrbio de identidade, padrão de relações interpessoais instáveis e intensas, impulsividade e imprevisibilidade dos atos, raiva inapropriada e perda de controle sobre a raiva, atuações autodestrutivas, baixa performance escolar ou profissional para o nível de inteligência, instabilidade afetiva marcante, sentimentos crônicos de vazio e intolerância de estar só” (Spitzer; Cols, 1979. p.33)

O segundo grupo já atendia como personalidade esquizotípica com ideias paranoides, isolamento social, sensibilidade extrema a críticas. Sendo confirmada uma relação genética e esses pacientes (STEINER; KORZEKWA, 1988).

Segundo os autores Spitzer; et al (1979), depois da denominação e

classificação dos dois grupos, chegaram à conclusão que antes se denominavam pacientes Borderline a partir, daquele momento era transtorno de personalidade Borderline, e antes o que era termo esquizofrenia latente, deveria ser determinado como transtorno de personalidade esquizotípico. Sendo adquirido pelo DSM – III e suas versões posteriores dois grupos e dois diagnósticos bem diferentes um do outro, concluídos a partir do que antes era um grupo apenas.

De acordo com Layden (1993) uma proposta de divisão também em grupos sobre o transtorno de personalidade Bordeline, facilitando segundo o autor o diagnóstico dos pacientes. Devido o transtorno borderline está atrelado a outros transtornos de personalidade ele surge com o primeiro grupo chamado de Limitrofe-Evitativo-Dependente: sendo associado aos transtornos de ansiedade, onde o indivíduo se pega evitando desafios, e medo de envolvimento com o outro, por serem incompetentes social e individualmente, sendo ao mesmo tempo totalmente dependentes (GABBARD, 1998).

Em seu segundo grupo Layden (1993) classificava de Limitrofe Hisitriônico Narcisista: sendo associadas aos pacientes as constantes variações de humor, com explosões de raiva, tentam resolver as coisas por meio suicidas.

E o seu terceiro grupo classificava de Limitrofe-Anti-Social/Paranóide: sendo associados a comportamentos hostis perante regras e normas, desconsideração pelo outro e seus pontos de vista, ameaças de suicídio e uso exacerbado de drogas por tédio, ou apenas para provocar danos a ele e aos outros ao seu redor, relação de dependência extrema oscilando pra dependência passageira (LAYDEN, 1993).

As classificações o CID – 10 que tem suas características de diagnóstico Borderline parecidas com o DSM – IV, apenas o nome descrito sendo diferente ficando como Transtorno de personalidade emocionalmente instável, na sua área de afetividade, associada a sentimentos vazios e crônicos. Não entra na categoria esquizofrenia por não satisfazer os critérios para esse diagnóstico (OMS, 1993).

Ainda no CID-10 temos a área de comportamento apresentada dentro do diagnóstico borderline como: “instável, com frequentes ameaças de autoagressão e automutilação, se envolvendo em crises de sentimentos e existências por relacionamentos instáveis, e evitação frequente de abandono”. Em relação aos

sintomas e vivências internas nos diz das dúvidas de autoimagens e sobre objetivos íntimos e sexuais (OMS, 1993).

A seguir está a definição de Transtorno de personalidade segundo o DSM-5:

Transtorno da Personalidade Borderline

Instabilidade dos relacionamentos interpessoais, da autoimagem e dos afetos e acentuada impulsividade, que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos:

- 1) esforços frenéticos no sentido de evitar um abandono real ou imaginário;
- 2) Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e teorizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização;
- 3) Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e resistente da autoimagem ou do sentimento de Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa;
- 5) Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automultilante;
- 6) Instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade do humor;
- 7) Sentimentos crônicos de vazio;
- 8) Raiva inadequada e intensa ou dificuldade em controlar a raiva;
- 9) Ideação paranóide transitória e relacionada ao estresse ou graves sintomas dissociativos (DSM- 5, 2014).

Southwick et al (1995) partiram em seus estudos em cima do diagnóstico do Borderline e estabeleceram a depressão anaclítica e a depressão auto - acusatória tentando estabelecer que o transtorno de personalidade borderline atendia com mais frequência por ser uma depressão anaclítica. O paciente teria os sentimentos de abandono e desamparo salientados, com um desejo enorme de se sentirem amados e protegidos. Não chegando a uma conclusão precisa de qual era mais frequente nos pacientes, ressaltaram que a um enorme esquecimento de estudos perante a depressão auto – acusatória onde o paciente se sente inferior e culpado sem valia sempre, sendo um índice que apenas cresce no transtorno.

2.1.2 Atualmente e Neurociência

Mesmo sendo um transtorno com menos dedicação, apesar de sua degeneração e gravidade serem sérias, e ter um risco elevado de suicídio, seu estudo foi pouco abordado no século XXI, um dos erros é associar ao Transtorno de Borderline o Transtorno de personalidade Bipolar. No transtorno Bipolar o paciente vive entre duas fases, uma que sentem alegres, eufóricos, com autoestima elevada e onde acabam desenvolvendo um comportamento de risco por conta desses comportamentos maníacos. Na fase seguinte observa-se o oposto, ou seja, o paciente se encontra em uma depressão profunda que o incapacita e/ou prejudica suas atividades diárias. No Borderline os sintomas acontecem com total intensidade e total inconsistências, em um mesmo dia podem se transformar em uma montanha russa descontrolada, daí vindo ideação suicida (ZIMMERMAN; 2015).

Segundo Zimmerman (2015) apud Oliveto (2015) com o estudo sendo pouco financiado, e o assunto sendo deixado de lado até pelo Relatório Global de Doenças (OMS), os números encontrados preocupantes, 10% dos pacientes com Borderline chegam ao suicídio por não conseguirem viver desta forma, sem limites, 2% da população tem este transtorno, 75% dos diagnósticos são em mulheres. Por isso, a persistência em estudos para tratamentos mais eficazes e rápidos são de extrema importância

A falta de consistência, segundo Holmes (2001), na causa do transtorno e suas variáveis faz com a abordagem a ser usada na hora de seu tratamento, também, fique incerta; o autor critica a falta de descrição melhor do diagnóstico Borderline, assim fazendo ainda uma batalha de revisão e atualização da literatura perante o transtorno ainda ser longa.

Koenigsberg apud Rucco (2013) tentava compreender a condição deste transtorno na neurociência, o psiquiatra realizava exames com imagens, onde em um dos seus estudos para a faculdade nos E. U. A. Mount Sinai mostra que o cérebro desses pacientes quando estimulados de formas diferentes, tanto nos aspectos sociais quanto emocionais se diferenciam perante estes dois estímulos:

“Mostra que esses pacientes não conseguem usar as mesmas partes do cérebro que as pessoas saudáveis quando precisam suas emoções, o que

pode explicar por que as reações emotivas delas são tão extremas” (Rucco; 2013; - p. 8).

A psiquiatra Koenigsberg (2009) explicava em sua pesquisa que estudou determinadas áreas do cérebro do Borderline ajudou nos apontamentos biológicos e bases genéticas, podendo esses estudos ajudar farmacologicamente e psicoterápicos.

Ruocco (2013) nos ofereceu dois sistemas neurais, sendo constatada por meio de 11 estudos de imagens, uma ativação de rede neurônica relacionada a experiências ruins, sendo assim mostradas evidências da desregulação emocional através desses dois sistemas. Mostrando através das imagens que os pacientes borderline aumentam a experiência negativas, trazendo assim como consequência suas crises agressivas e de fúria, e a falta de controle emocional se torna mais evidente e lenta.

3. Terapia cognitiva comportamental na intervenção do transtorno Boderline:

A terapia cognitiva comportamental centra seus avaliadores no cognitivo do paciente, sendo as cognições associadas aos sentimentos e suas reações, sempre levando em conta o ambiente e o interno desse paciente. Sendo reconhecidos também os processos biológicos, como por exemplo, o funcionamento de neurotransmissores, esses processos influenciando também as interações ambientais e internas (WHIGHT et al., 2006).

De acordo com Kazdin (1978) apud Cabbalo no trabalho do terapeuta da cognitiva comportamental ele deve focar nos comportamentos atuais do paciente, usando esse determinante e a observação nas mudanças comportamentais, ele estabelece o primeiro critério de desenvolvimento da terapia. Com isso ele vai começar a criar objetivos a serem repetidos, técnicas psicológicas gerando as hipóteses diagnósticas e definir e esclarecer ao paciente o tipo de tratamento que vai ser utilizada durante a sessão.

Em seus conceitos básicos a TCC fala dos processos de desenvolvimento onde o terapeuta estabelece junto ao paciente os pensamentos automáticos e os

esquemas. Sendo os pensamentos automáticos cognições que não tem uma racionalidade e passam rapidamente por nossas mentes quando estamos vivenciando ou lembrando uma situação. No esquema o indivíduo vai dar significado aos processos do ambiente, agindo com regras para essas informações (CLARK et al., 1999).

Whight; et al (2006) ressaltaram que a TCC usa de técnicas que não bloqueiam o pensamento, usam a modificação do pensamento a partir do controle consciente usando a cognição automática daqueles pensamentos voltados ao emocional. Quando os pensamentos automáticos passam a ser distorcidos como em um transtorno de personalidade, a atenção perante essas cognições tem que ser redobrada, prestando atenção em emoções fortes presentes no indivíduo.

Bowlby (1985) observou que o paciente recebe diariamente uma quantidade importante de informações, de diferentes modos. No entanto, para que sejam absorvidas é necessário que os esquemas de regras se desenvolvam para que o indivíduo possa tomar decisões apropriadas de acordo com regra determinada neste esquema.

Exemplos de pensamento automático:

Situação	Pensamentos automáticos	Emoções
Minha mãe telefona e pergunta por que eu esqueci o aniversário de minha irmã.	“Fiz besteira de novo. Não tem jeito nunca vou conseguir agrada – lá. Não consigo fazer nada direito. O que adianta? ”	Tristeza, raiva.
Pensando sobre um grande projeto a entregar no trabalho	“É muita coisa para mim. Não vou conseguir entregar a tempo. Não vou conseguir encarar meu chefe. Vou perder meu emprego e tudo o mais na minha vida	Ansiedade

(Whight; et al; 2006; p. 20)

Clark (1999) apud Whight (2003) ressaltou que os esquemas muitas vezes começam na infância, sendo modelos de seus pais, traumas, e experiências educativas, influenciando o indivíduo por toda sua vida. Sendo os principais desenvolvedores da informação dessa pessoa, os esquemas sendo estabelecidos automaticamente suas situações vão ser lidadas.

Desempenhando um papel fundamental e auxiliando o paciente, os esquemas ajudam a entender e organizar os processos e informações que representam seus comportamentos emocionais e sociais, perante as ações do cotidiano. Esse esquema está caracterizado em um sistema cognitivo organizado auxiliando no processo de informação de forma econômica (GREENBERG; BECK, 1989).

Por serem um processo hierárquico, os esquemas, ao modular as informações pode ocorrer um esquecimento de algumas informações que são incompatíveis gerando uma confusão na interpretação dessas informações desencadeando erros cognitivos, onde se encontra os esquemas - mal adaptativos ou crenças – mal adaptativas. (BECK; 1991,1993, 2005, 2006; HAWTON et al., 1997).

Quando falamos de crenças na TCC estamos falando desse equilíbrio psicológico que o indivíduo tenta estabelecer nas tarefas do dia a dia, a segurança diante de algumas situações que nos deixam ansiosa ou de maneira desconfortável, com a crença existe a sensação de suporte perante essas situações de desconforto. Existindo a crença central onde a pessoa vê o mundo a partir de si mesmo e dos outros estando essa associada os esquemas que começam na infância. E existe também a crença periférica ou crença suporte que deriva da crença central dando a ela o suporte (PORTAL. BR. AT, 2017).

A TCC oferece técnicas de suporte para todo tipo de transtorno de personalidade e problemas psicológicos no geral, sendo assim, entre estes transtornos o transtorno de personalidade Borderline (CAMINHA, 2003).

Segundo Kaplan (1997) na área da psicologia a terapia cognitiva comportamental vem como a terapia focada no comportamento do Borderline, controlando suas ações, seus sentimentos de violência e sua sensibilidade perante julgamentos. Como o Laydem (1993) nos falava sobre as intervenções dentro da TCC ele nos classifica algumas dessas técnicas mais importantes usadas no

tratamento deste paciente:

- Estratégias para intervenção em crise;
- Relação terapêutica;
- Técnicas de psicoterapia cognitiva comportamental padrão;
- Conceitualização focada no esquema.

Os processos de tratamento na abordagem TCC relacionados aos transtornos de personalidades partem de princípios de técnicas, com uma estrutura baseadas em modelos clínicos de protocolos (LAYDEM, 1993).

3.1 Tipos de intervenções da cognitiva comportamental no tratamento do paciente Borderline.

Segundo Kaplan (1997), dentro das intervenções, as que geram mais resultados e eficazes é a THS (Treinamento de habilidades sociais) que passou a ser utilizada com mais frequência pelos profissionais. Sendo segundo Caminha (2003) um sistema que através de ensinamentos sistemáticos, treina o paciente para lidar com suas habilidades interpessoais perante o outro e a si mesmo, trazendo a capacidade de o indivíduo ter relações interpessoais e praticar essa atitude interpessoal de maneira socialmente correta.

Cordioli (1998) destaca 4 etapas da THS que podem ser moldadas conforme o comportamento detectado durante a terapia, essas etapas consistem em:

1. Sistema de crenças: Desenvolver com o paciente este sistema que consiste em respeito pelo próximo e por si mesmo, garantindo os direitos de ambos.
2. Distinguir: Ensinando ao paciente a diferenciar aquele comportamento assertivo e o não assertivo
3. Reestruturando a forma cognitiva: Fazendo o paciente pensar em situações verídicas.
4. Ensinando o paciente: O paciente aprenderá em estabelecidas situações formas de respostas assertivas.

Lembrado por Caballo, (2002) que devemos sempre buscar a colaboração do paciente, sendo o mesmo inadequado socialmente, como no caso do Borderline,

deve - se fazer um trabalho de reestruturação cognitivo, junto de alguns exercícios, como de relaxamento, relações comportamentais, sociais e sentimento e suas respostas diante esses comportamentos sociais adequados e suas respostas diante de situações inadequadas. Assim, esses exercícios no início podem partir da introdução da THS para depois o terapeuta solicitar ao paciente as tarefas de casa, fazendo o Borderline ter contato com responsabilidade e compromisso, podendo assim ter repetições dessas situações adequadas no seu dia a dia (CORDIOLI, 1998).

No transtorno de personalidade de Borderline o medo e a ansiedade por motivos como abandono e abusos sexuais na infância são constantes. Neste ponto a DS (Dessensibilização Sistemática) desenvolvida por Wolp (1958) apud Caminha (2002) pode auxiliar o paciente. É possível com a DS amenizar o sofrimento da pessoa na terapia através de uma resposta reversa deste estímulo condicionado. O tratamento consiste em que o paciente passe por um crescente de exposição e estimulação progressiva desse seu medo, sendo exposta ao seu estímulo condicionado. A primeira etapa consiste em técnicas de relaxamento bem trabalhadas, seguidas de uma exposição gradual de situações que lhe causaram medo e ansiedade, esta etapa começa gradativamente menor e vai aumentando conforme a exposição a situação já não lhe cause temor, quando essa estimulação de medo não lhe gera mais essa ansiedade o terapeuta está apto para passar uma série de estímulos para serem repetidos no cotidiano e em terapia (CAMINHA, 2002).

Na Terapia cognitivo comportamental trabalhamos com a prevenção e intervenções, como no caso do paciente Borderline que pode estar em estágio de crise, ou quer ter uma estratégia para como lidar com uma possível crise futura, o terapeuta pode trabalhar junto ao indivíduo a estratégia para intervenção em crise, tendo como objetivo identificar essas crises, ajudando o paciente identificar suas ações e suas consequências. Uma das etapas importantes nestes casos, é evitar a confrontação e trabalhar a lista de problemas da pessoa. Nos casos de crises o paciente precisa do apoio da família onde o profissional vai trabalhar junto com as técnicas de relaxamento e outras estratégias na superação desta crise, e é sempre

importante estar ciente que a atenção precisa ser redobrada e a chance de estar sendo manipulado pelo paciente são grandes (CORDIOLI, 1998).

Como Beck (1989) estabeleceu que os esquemas ajudam a entender e organizar os processos auxiliando o paciente em seus comportamentos, na intervenção do Borderline o terapeuta pode focar nos esquemas como uma forma de terapia onde a mesma segue duas etapas que avalia o paciente obtendo informações destes comportamentos e apresando alguns esquemas mais relevantes, e temos a etapa da mudança que se trata de quando identificada as estruturas comportamentais na primeira etapa e o esquema sendo ativado vem em consequência a modificação dessas estruturas (CAMINHA, 2003).

Segundo Young (1999) a terapia focada no esquema usa de técnicas que o terapeuta precisa estar ciente de como manuseiar. Quando tratamos da primeira etapa da terapia estamos lidando com a identificação de esquemas centrais da vida desse paciente, estar estabelecendo sua história de vida e problemas do momento presente para elaboração de uma relação entre os esquemas. O favorecimento da promoção do contato ligados a esses esquemas e por último identificar estratégias de enfrentamento disfuncionais.

Nesta etapa segundo Young (1999) o terapeuta que usa a terapia focada nos esquemas vai precisar seguir algumas técnicas como:

Técnica de revisão de vida: o terapeuta entre em contato com o esquema do paciente estimulando o mesmo a distanciar – se dele.

Cartões contrários aos esquemas: O terapeuta junto ao paciente desenvolve cartões onde a pessoa pode levar com ela, e pode ser lido quando necessário, estes cartões vão estar contradizendo aos esquemas do paciente.

Mudanças ambientais: O terapeuta pode intervir quando preciso no ambiente do paciente afim de mudá-lo, onde a ajuda de parentes é essencial para que esses esquemas nestes ambientes parem de ser reforçados.

Relação terapêutica: O terapeuta discute com o paciente a terapia em si e sua relação sentimental que acabaram aparecendo durante as sessões.

Mudanças nos comportamentos dos esquemas: O Terapeuta quebra este padrão nestes esquemas contínuos parando repetimento disfuncional.

Técnica de imaginação: O terapeuta incentiva o indivíduo a usar a imaginação como modo de modificação segura, imaginando por si próprio esquemas em atividade e fazer a tentativa de muda- lós

Dialogo de esquemas: O terapeuta vai pedir ao paciente que ele interprete e discuta o esquema adaptativo e o disfuncional, dando vida e sentindo para esses esquemas no seu dia a dia e fazer uma discussão sobre o mesmo.

Já o autor Caminha (2003) falava de etapas sem sequências ou dependências de serem aplicadas, mais objetivas no tratamento da terapia focada nos esquemas, que podem ser uma das alternativas para pacientes com Transtorno de personalidade Borderline dentro da terapia cognitivo comportamental. Estas etapas consistem em dar mais em base ou ser sequencial conforme a terapia na primeira etapa da TFE, onde uma identificação de esquemas para buscar a problemática tanto presente como futura desses esquemas, sua compensação, evitação e a importância que este paciente apresenta ao esquema e uma das etapas que autor abordava. Outra etapa é a conceitualização dos esquemas que passa a ser fundamental no trabalho de interpretação e entendimento do profissional afim de ser compartilhado com o paciente. E temos a etapa de educação dos esquemas, quem vem a confrontação do terapeuta aos esquemas de seu paciente até onde ele suportar, sendo que a eficácia desta etapa partira do paciente, o indivíduo se depara com sua situação atual e a formação de seus esquemas e aprende a entender a situação como modo de visualizar quando lhe for passado pelo terapeuta as consequências ruins e boas da situação e formação.

Outro modo de tratamento e intervenção utilizado pelo os profissionais da saúde mental e a farmacoterapia, que persiste entre autores de ser indicado como auxílio no tratamento não ser o principal aditivo no tratamento, porque uma das características desse transtorno e usar uma ou mais drogas se recomenda o uso de farmacoterapia com acompanhamento sempre de terapia (KAPLAN, 1997).

Os principais remédios usados no tratamento do Transtorno Borderline, são as drogas atípicas como os antipsicóticos atípicos, tendo como principal teoria a melhora de comportamentos e sintomas como cognitivos – perceptuais, impulso agressivo e os sintomas afetivos, sendo diferentes de antipsicóticos típicos tendo

maior taxa de sintomas aversos, e tratando hostilidade e raiva, sendo a personalidade Borderline tendo melhor desempenho de melhora quando tratados mais sintomas como no antipsicóticos atípicos (CARVALHO, 2004).

Segundo Holmes (2001) Torazina e Haldol ajudam no tratamento do esquizofrênico, como lítio em tratamentos de humor instável e outras drogas que ajudam a diminuir o comportamento impulsivo, ou seja, aquelas que aumentam atividade da serotonina no cérebro, podem ser algumas drogas de ajuda no tratamento também do paciente.

Já o autor Carvalho (2004) cita Divalproato como ajuda nas variações de humor do paciente, sendo eficaz em impulsos e descontrole de humor. Recomenda também a Naltrexona que pode ser apresentada no tratamento da automutilação da pessoa, diminuindo estes pensamentos de autoflagelação, como melhora também de compulsões e obsessões.

Mais estudos e aprofundamentos da etiologia da personalidade Borderline como espera de melhoras no tratamento psicoterápico é ainda uma espera, a metodologia e mecanismos de aditivos para essas sessões e esses pacientes, e sobre a farmacologia também sendo levada a um esclarecimento maior como uma melhor opção do tratamento do Borderline (CARVALHO, 2004).

3.1.1 Representações do Transtorno de personalidade Borderline

3.1.2 Representação nas ilustrações

Figura 1 – Borderline Personality Disorder



Fonte: Shawn Cross, (2016)

Figura 2 - Diary drawings: mental illness and me



Fonte: Bobby Baker, (2013)

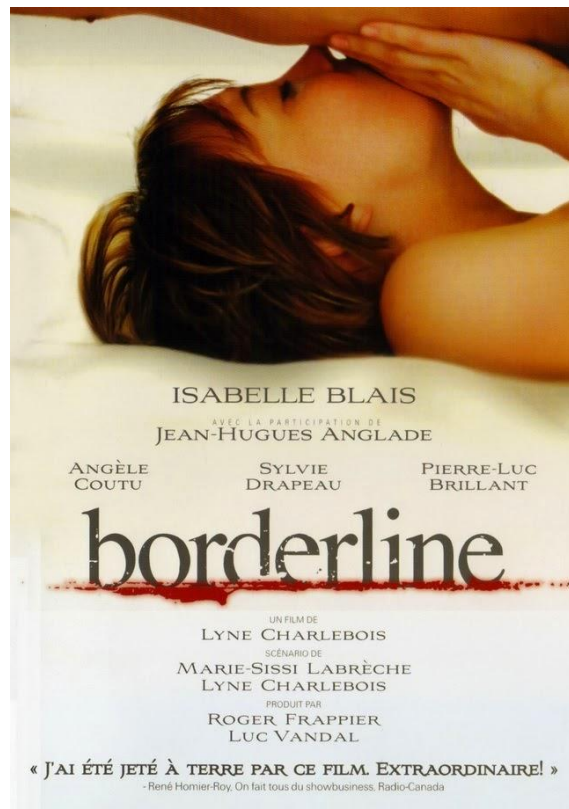
Nas ilustrações temos na figura 1 do artista Shawn Coss que decidiu criar desenhos que caracterizam pessoas que sofrem de distúrbios psiquiátricos, nesta figura ele nos apresenta uma representação do Transtorno de Personalidade Borderline. O artista foi desafiado por um fã a representar algo fora dos padrões que ele costumava desenhar, então além de fazer sobre os distúrbios ele se ofereceu

ajuda para quem precisa –se é se identifica – se com sua arte (R7,2016).

Na figura 2 temos a arte de Bobby Baker que sempre foi uma artista bem extrema em suas artes acaba em um período da sua vida tento que enfrentar o Transtorno de Borderline, se viu internada por 11 anos, depois de recuperada volta a expor seus trabalhos de anos de tratamento em cima desse transtorno lhe rendeu obras que transmitisse o que ela passou ao longo deste processo (TORRES, 2013).

3.1.3. Nos filmes:

Figura 1 – Filme Borderline: Além dos limites



Fonte www.googleimagens.com.br

Figura 2 – Filme: Atração Fatal



Fonte: www.googleimagens.com.br

As representações nos filmes, também, aparecem fortes e em diferentes épocas, como na figura 1 que apresenta o filme *Borderline Além dos Limites* lançado em 2008, filme francês que ilustra bem a autodestruição e flagelação que o *Borderline* passa. A protagonista Nikki está em busca de se descobrir depois de anos de tratamento, mas ao mesmo tempo se cometendo os mesmos erros do passado que a levou a ter sua vida limitada a procrastinação e consumo químico, e o filme tenta nos deixar bem entendidos em questões do passado de Nikki e ao seu presente que acabam se encontrando em vários momentos do longa.

Na figura 2 temos o filme *Atração Fatal*, que começa com uma história de traição que se transforma em um suspense violento e dramático. Filme de 1988 traz a história de uma personagem *Borderline* que não aceita o abandono e a rejeição, sofrendo e fazendo as pessoas sofrerem junto com ela, por não ter conseguido o que queria, que era amor, uma família e carinho como no caso da personagem de Glenn Close Alex neste filme. Michael Douglas faz o personagem Dan que tem uma

família perfeita e é advogado bem-sucedido, conhece Alex (Gleen Close) uma advogada e mulher provocante em sua visão, e acaba passando o fim de semana com ela, enquanto sua família viaja, quando acaba o fim de semana de Dan com Alex sua vida volta ao normal, mas não por muito tempo, Alex começa uma busca por seu amado, frenética e agonizante e vai fazer de tudo para nunca mais ser rejeitada. (Marques, 2016)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em muitos consultórios, clínicas escolas e estudos onde o paciente e o Borderline, se apresenta sempre alguma queixa ou desistência por parte tanto do profissional quanto do paciente, uma doença antes vista como uma esquizofrenia, e sempre tratada como problemática hoje sofre com seu diagnostico incerto e tratamento as vezes negligentes por partes dos profissionais, por não pensarem no tratamento em si, mas nos “problemas” que o paciente pode chegar a ocasionar ao terapeuta.

O Borderline e considerado um paciente de difícil tato, então o terapeuta além de se fazer necessário grande domínio das técnicas clínicas de tratamento, o profissional se depara muitas vezes com poucas melhoras e divagares melhoras, então a paciência, tolerância e a esperança precisam estar entrelaçadas para um profissional que está disposto ao tratamento desse paciente.

Na revisão da literatura revela que o estudo perante os transtornos mentais sempre partiu de uma área que cresce o interesse, mas as vezes parece não se investir tanto estudo como necessário nele, porém, vários tratamentos de diferentes abordagens dão sua ajuda e contribuição para esses estudos na área terapêutica, como a abordagem cognitivo comportamental, onde usa de técnicas de tratamento que contribuem para seu tratamento.

Se tratando de uma abordagem onde seu destaque e maior perante as outras quando se fala em tratamento de transtornos mentais, nela se destaca estudos de benéficos psicoterápicos que trabalham cada etapa do desenvolvimento do transtorno assim trazendo mais abrangência ao tratamento, apontada também como

uma abordagem de terapias mais rápidas que as outras, por trabalhar justamente essas técnicas de curto e longo prazo com o paciente trazendo ele para realidade e enfrentamento dos medos e angustias, e a readaptação interna e social.

Como a farmacologia que percorre como benéfica em vários transtornos como um apoio a mais junto a terapia, no transtorno de personalidade Borderline nos deparamos com necessidade e estudos mais aprofundados sobre o assunto, como uma maneira de investigação, afim de mostrar seu estado de eficácia e ajuda nos sintomas.

Sua representação nas mídias áudio visuais se dão de várias maneiras, seja por meio da arte da pintura como na arte dos filmes, como também na música, com vários artistas sendo diagnosticados ou sendo considerados um Borderline, exemplos: Amy Whinnhouse, Tim Maia, Raul Seixas, Angelina Jolie, Kurt Cobain, etc. Mostrando que os estudos e pesquisas sobre o assunto não podem parar, temos que sempre se aprofundar sobre ele, porque acarreta muitas pessoas e muitas vidas, não se trata de um transtorno fácil, tanto em seu diagnóstico como lhe dar em terapia com ele, sendo um quadro arriscado e mais agravado quando se chega a negligência e falta de responsabilidade do terapeuta.

5.REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 3. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.

BECK, J S., **Terapia Cognitiva: Teoria e pratica**. 1. Ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BLEULER, E. (1911) *Dementia Praecox ou Grupo das Esquizofrenias*. Lisboa. Climepsi Editores. 2005.

BLEULER, E. **Psiquiatria**. 15ª edição. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan S.A, 1985.

CABBALO E. V. **Manual e Técnicas de Terapia e Modificação do comportamento.** 2. ed. São Paulo: Santos, 1996

CABBALO, E.V., **Manual Para o Tratamento Cognitivo Comportamental dos Transtornos Psicológicos.** 1. ed. São Paulo: Santos, 2003

CARVALHO, F. A., STRACKE B. C.S., MATOS, G.F; Tratamento farmacológico do transtorno de personalidade limítrofe; revisão crítica da literatura e desenvolvimento de algoritmos. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul.** Rio Gd. Sul: vol. 26, no. 2, Ago. 2004. Disponível em; <http://www.scielo.br>.

CID-9 (OMS). **Nona Revisão da classificação Internacional de Doenças.** Organização mundial para a Saúde, Genebra, 1976.

CORDIOLI, A. V. **Psicoterapia Abordagens Atuais** 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

DALGALARRONDO, P. e WOLGRAND, A. V. **Transtorno Borderline: história e atualidade.** 1 1994

GABBARD, M. D.; **Psiquiatria Psicodinâmica.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

HOLMES D. S., **Psicologia dos Transtornos Mentais.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

KAPLAN, H., GREB, J. A., SADOCK, B.; **Compendio de Psiquiatria.** 7. Ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

LAYDEN, M. C. et all.; **Cognitive Terapy of Borderline Personality Disoder.** Estados Unidos: Allyem and Bacom, 1993.

LEFEVRE, M. et all.; **A aplicação da nova classificação americana conhecida como DSM-III tem a psiquiatria da criança e da psiquiatria adolescente da criança.** ed 2, p. 26. 1983.

OLIVETO, P. **Transtorno Borderline Ainda e Pouco Estudado.** 2015 Disponível em < <http://www.uai.com.br/app/noticia/saude/2015/05/06/noticias-saude,187676/transtorno-de-personalidade-borderline-ainda-e-pouco-estudado.shtml>>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). CID-10: **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas.** Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda., 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID – 10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas** Coord.; Trad., Dorival Caetano. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

RANGÉ, B.; **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva Pesquisa e Prática: Aplicações e Problemas.** 2. Ed. Campinas: Livro Pleno, 2001.

RUCCO, A. **Biological psychiatry, Borderline Personality Disorder: The “Perfect Storm” of Emotion Dysregulation** 2013 Disponível em: < <https://www.elsevier.com/about/press-releases/research-and-journals/borderline-personality-disorder-the-perfect-storm-of-emotion-dysregulation>> Acesso em 16 de ago. 2017.

SPITZER, R. et all.; **“Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia”.** Arch. Gen. Psychiatry, 36, 1979.

Steiner, M., Links, P.S., Korzekwa, M., **Marcadores biológicos em transtornos de personalidade limítrofe: uma visão geral** Psychiatry, ed 33, pp. 350-354. 1988

VAILLANT, G. E., & PERRY, J. C. (1985). **Personality disorders**. In H. I. KAPLAN & B. J. SADOCK (Eds.), **Comprehensive textbook of psychiatry/IV ed.4** p. 958–986. Baltimore: Williams & Wilkins.

ZIMMERMAN, M. et all. **Psychosocial Morbidity Associated With Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder in Psychiatric out-Patients: Comparative Study**. 2015. Disponível em:
<http://bjp.rcpsych.org/content/early/2015/04/14/bjp.bp.114.153569> Acesso em 16 ago. 2017

YOUNG, J. E. **Terapia Cognitiva para Transtornos de Personalidade uma Abordagem Focada no Esquema**. 3. ed. Porto Alegre: Artimed, 1999.

O IMPACTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER NAS RELAÇÕES FAMILIARES

BONFIM, Marcia ³

MATTOS, Gabriel Gonçalves ⁴

RESUMO

O presente artigo teve como finalidade, analisar a maneira que as famílias de pacientes com Alzheimer vivenciam o cuidado e as mudanças que ocorrem no processo de adoecer. Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica que abordou as fases, mudanças e desafios que ocorrem a partir do momento do diagnóstico, além dos fatores de risco para o desenvolvimento da doença. Com base nos achados da literatura científica a esse respeito, foi descrito o envelhecimento, a definição de demência e doença e Alzheimer, o papel do Psicólogo frente a doença e o impacto que a mesma causa no cuidador familiar. A partir da reflexão construída nesse texto foi possível observar o processo de luto que as famílias vivenciam até chegar no momento de aceitação, esse processo vai depender de vários fatores, dentre eles a maneira como é estabilidade a estrutura da família antes do aparecimento do diagnóstico.

Palavras chave: Alzheimer, Doença, Envelhecimento, Família.

ABSTRACT

The purpose of this article was to analyze the way in which the families of Alzheimer patients experience the care and changes that occur in the process of becoming ill. It was a bibliographical research that approached the phases, changes and challenges that occur from the moment of the diagnosis, besides the risk factors for the development of the disease. Based on the findings of the scientific literature in this regard, we have described aging, the definition of dementia and disease and Alzheimer's, the role of the Psychologist in relation to the disease and the impact that it causes in the family caregiver. From the reflection constructed in this text it was possible to observe the process of mourning that the families experience until arriving at the moment of acceptance, this process will depend on several factors, among them the stability of the family structure before the diagnosis.

Keywords: Alzheimer, Disease, Aging, Family.

1. INTRODUÇÃO

A elevação de pessoas idosas no Brasil vem acompanhada de um aumento na predominância de demências, dentre essas demências a doenças de Alzheimer se destaca. A DA sigla pela qual a doença é nomeada, recebeu esse nome em

³Discente do Curso de Psicologia da Faculdade de Ensino Superior e Formação Integral – FAEF, Garça/SP. E-mail: marcinha_bonfim.ap@hotmail.com

⁴ Professor Especialista do Curso de Psicologia e Pedagogia da Faculdade de Ensino Superior e Formação Integral – FAEF, Garça/SP. E-mail: gabriel_220885@hotmail.com

homenagem ao Médico Psiquiatra Alois Alzheimer, no ano de 1907, a partir do caso clínico de uma paciente com 51 anos, a doença é a causa mais frequente de demências atualmente, atingindo no mundo aproximadamente 2,2 a 8,4 da população idosa. (LOPES; BOTINO, 2002) O risco da mesma aumenta com a idade, considerando que em indivíduos com a faixa etária dos 60 aos 64 anos de idade é de 0,7 % enquanto em indivíduos com a idade entre 90 e 95 anos são de 38,6%. (ALLOUL et al, 1998; NITRINI, 1999; FORLENZA; CARAMELLI, 2000).

Com início insidioso, a DA é uma doença crônica degenerativa, marcada por declínios funcionais e cognitivos, algumas de suas primeiras manifestações clínicas são apresentadas através de sintomas como: confusão mental, desorientação, baixo rendimento nas capacidades cognitivas, irritabilidade, depressão, prejuízo no desenvolvimento das próprias necessidades, entre outros. (FORLENZA; CARAMELLI, 2000).

Considerando as manifestações clínicas que o idoso acometido vivencia com o avanço da doença de Alzheimer, se faz necessário a presença de um cuidador. Rezende e Rodrigues (2000) dividem os grupos de cuidadores em três, sendo eles: o cuidador domiciliar, o cuidador institucional e o cuidador Familiar. Ao descrever cada um, os autores pontuam as diferenças. O Cuidador domiciliar desenvolve o papel de auxiliar o idoso em sua residência, nas tarefas diárias, porém o mesmo não tem vínculo familiar com o paciente, ambos residem em casas diferentes. O cuidador institucional é aquele o qual atua em casas de repouso e asilos e o Cuidador familiar, que tem algum tipo de parentesco com o idoso, reside no mesmo local, e possui vínculos. Nesse cenário, Caldas (2003) assegura que a maior provedora de cuidados é a família, principalmente quando o indivíduo adoece é um idoso, em consequência disso o presente trabalho tem como objetivo descrever o processo que a família vivencia, após o diagnóstico da doença de Alzheimer.

A relevância deste estudo acadêmico se dá na compreensão do processo de envelhecimento e do desenvolvimento da doença de Alzheimer, na observância dos cuidados direcionados aos pacientes e familiares do paciente, refletindo ainda acerca do papel e do cuidador do idoso de Alzheimer. Pois a importância do trabalho se justifica nas diversas contribuições psicológicas nas diferentes fases da doença.

Outro fator que demonstra o grande valor dessa pesquisa é a urgência social em termos de gastos, prejuízos e principalmente pelo sofrimento causado, considerando que a tendência é de aumentarmos cada vez mais a população idosa e por consequência, o número de pessoas com o risco de desenvolverem Alzheimer.

Para tanto foi proposto como objetivo geral: Analisar a maneira que as famílias de pacientes com Alzheimer, vivenciam o cuidado e as mudanças em razão da doença. Como desdobramento do objetivo geral foi proposto os seguintes objetivos específicos: caracterizar o processo do luto que as famílias passam, quando algum familiar adoece de Alzheimer; vivenciar a maneira que o indivíduo acometido pela doença passa pelas mudanças; conceituar os impactos na vida da família, quando se recebe o diagnóstico.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Material e métodos

De acordo com Lakatos (2001), a pesquisa bibliográfica se dispõe à análise de materiais escritos. Desse modo, foi realizada uma investigação sobre as principais produções a respeito da Doença de Alzheimer relacionando os descritores: Mal de Alzheimer; Alzheimer na Terceira idade; Cuidador de Idosos com Alzheimer; Impacto do Alzheimer na família.

Este trabalho teve como proposta revisar a literatura científica sobre a temática da do impacto do Mal de Alzheimer na família, sendo assim a primeira parte do estudo foi a de leitura exploratória e sistemática do tema, com o objetivo de conhecer as diferentes contribuições científicas disponíveis sobre o tema (GIL 2008). Assim foi realizada uma revisão de trabalhos científicos nas áreas de Envelhecimento e Mal de Alzheimer, buscamos as seguintes bases de dados: Google Acadêmico e do Scielo, bem como obras disponíveis na Biblioteca Central da FAEF.

2.2. Envelhecimento

Envelhecimento é um desenvolvimento gradativo, que consiste na diminuição

funcional e orgânica, que não depende da presença de uma doença, é um fator do tempo (ERMINDA, 1999). Após a definição do que é envelhecimento é interessante ressaltar os motivos pelos quais a mortalidade dos Brasileiros teve uma queda. Metade das causas de óbitos no Brasil até a década de 1930, foram ocasionadas por doenças infecciosas, esse índice de mortalidade mudou a partir do ano de 1940. Um dos motivos que contribuíram para essa mudança foi o início do uso de remédio do tipo antibiótico, além de melhorias no saneamento básico, gerando uma maior conscientização da população em relação a isso. A forma como essa conscientização contribuiu para esse resultado foi que, quanto maior higiene nas ruas e em casa, menor o risco de doenças infecciosas presentes. (MONTEIRO; ALVES, 1995).

Ainda que o índice de mortalidade tenha diminuído, até a década de 1960 a população Brasileira era formada por mais pessoas jovens do que idosos. A porcentagem de pessoas acima de 65 anos era menos de 3%, enquanto pessoas com a idade abaixo dos 20 anos era 52%, observando essas porcentagens podemos constatar que nesse período a população brasileira era extremamente jovem. (CARVALHO; GARCIA, 2003)

Carvalho e Wong (2008) relata que foi no período final da década de 1960 que teve início o processo de envelhecimento dos indivíduos. Em 1960 o número de idosos era equivalente a 3 milhões, essa taxa em 1975 foi para 7 milhões, totalizando uma diferença de 4 milhões. Ainda sobre o aumento do índice de idosos no Brasil, no ano de 2008 de 7 milhões esse número foi para 20 milhões, o que expressa um acréscimo de 700% em um tempo menor que 50 anos (VERAS, 2009).

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (2009), a estimativa é que no ano de 2025 o Brasil estará entre os países com o maior número de pessoas idosas, a explicação para isso é que o Brasil passou e continua passando por uma profunda transição demográfica. Motta (2000) reforçou essa ideia, e acrescentou que a estimativa com base em dados da ONU é que o País possivelmente será o mais envelhecido da América Latina em algumas décadas.

Nesta perspectiva Araújo, Coutinho e Santos (2006) declaram que esse avanço acarreta mudanças na pirâmide etária, que evolui em uma proporção geométrica.

Atualmente o envelhecimento continua sendo contínuo e progressivo, visto que em 2000 um grupo de indivíduos que tinha 80 anos ou mais, era constituído pela porcentagem de 17 %. Esse mesmo grupo em porcentagem equivalerá a 28 % no ano de 2050, porém existe uma diferença nessa estimativa entre o público feminino e o masculino, visto que as mulheres procuram mais ajuda médica e se cuidam mais, conseguindo assim prevenir um maior número de doenças. No ano de 2000 para cada 100 idosas do sexo feminino existiam 81 % de idosos do sexo masculino. (OPAS, 2009).

Além do fator que as mulheres procuram mais serviços de saúde, existem outros que influenciam nessa diferença de porcentagem. No Brasil, é presente em maior número, casos de suicídios, alcoolismo, homicídios e acidentes de trânsito na população masculina, o que contribui para um menor número de idosos homens. (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987; FELICIANO, MORAES; FREITAS, 2004)

No entanto é no sexo feminino que prevalecem as doenças crônicas, além de que, alguns pontos sociais podem acarretar mais a mulher idosa a situação de pobreza, ou a própria “instituição” de terceiros durante a sua velhice. Aspectos como a perda do companheiro, consequentemente se tornando viúva, a solidão além de doenças. (PAPELÉO NETTO; YUASO; KITADAI, 2005)

2.3. Demência

É caracterizada demência como uma doença neurodegenerativa, que tem como umas de suas características o comprometimento da autonomia do indivíduo. Um prejuízo no aspecto cognitivo que pode refletir na personalidade e no comportamento do paciente. (ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005)

Grandi (2004) define demência como o prejuízo de pelo menos uma função cognitiva do indivíduo, o autor dos exemplos como: a perda da memória, um comprometimento na comunicação e orientação espacial, com tal intensidade que possa interferir em seu desempenho, entre outras perdas.

Ainda sobre a definição de demências, o Código Internacional de Doenças (CID – 10) caracteriza a mesma como uma doença cerebral, que de modo geral acomete o indivíduo de forma progressiva, que tem consequências como o

comprometimento de determinadas funções cognitivas. Comprometimento esse que acompanha um dano no controle emocional do indivíduo, podendo afetar a motivação e o comportamento social.

Como visto pelos autores acima, a principal característica da demência é o prejuízo de pelo menos um déficit cognitivo, porém na maioria das vezes esse prejuízo é múltiplo, não afetando somente uma função. A intensidade com que isso acontece é severa e gradativa, comprometendo todo o funcionamento do indivíduo, confirma o DSM IV (2000).

É possível dizer que existem dois tipos de demências, as irreversíveis e as reversíveis. Ao que diz respeito às demências irreversíveis é presente um declínio gradativo, conseqüentemente que não tem cura, somente alternativas para retardar o impacto da doença. Exemplos: Doença de Parkinson e a Doença de Alzheimer. Por outro lado, existem as Demências de quadro reversível, doenças essas que, se o possível diagnóstico for realizado precocemente ou no início, podem ser tratadas, existindo assim a chance de ser curadas como um todo ou de maneira parcial. (MORAES; MARINO; BARCELOS, 2008).

2.4. Definição do Mal de Alzheimer

O nome doença de Alzheimer foi dado em homenagem ao Doutor Alois Alzheimer, um neuropatologista, que foi quem descobriu a doença em 1907, a partir do caso clínico de uma paciente que tinha cerca de 51 anos. A paciente apresentava algumas alterações no tecido cerebral, que até o momento da descoberta, era sintomas de uma doença mental considerada desconhecida. Naquela época achava-se que a DA, sigla pela qual a doença é conhecida internacionalmente, estivesse ligada a uma classe de doenças chamada demência pré-senil, isso porque os casos que existiam afetavam indivíduos com menos de 60 anos de idade. Com o tempo através de estudos, foi feita a confirmação de que as doenças pré-senil e senil retratavam a mesma base neuropatológica, apontando que o conceito da doença é o mesmo não importa a idade. (PITELLA, 2005).

Ainda segundo Pitella (2005), no século XX, a doença de Alzheimer era ligada frequentemente a questão da idade, a explicação para isso é que a DA é a demência

que tem maior chance de se desenvolver durante o processo de envelhecimento, uma vez que os dois compartilham as mesmas alterações patológicas, a diferença é que as alterações que acontecem na demência são muito maiores do que as que acontecem no processo de envelhecimento.

A DA é o motivo mais comum de respostas cognitivas desadaptadas, ela acomete inicialmente a formação do hipocampo, ou seja, acontece um prejuízo na memória de curto prazo, além de um comprometimento posterior de áreas corticais associativas. Há outras áreas também que a doença afeta, como: prejuízos no desempenho, na linguagem, na orientação e na atenção. (CARAMELLI ET AL, 2002).

A doença é progressiva e variável, ainda que cada um seja afetado de maneira diferente, os estágios do processo da doença são três, sendo eles: leve, moderado e severo. De modo geral, a doença afeta homens e mulheres de todas as etnias independentes de níveis socioeconômicos ou lugares geográficos e a maneira como o indivíduo é acometido pela doença está relacionado com as características antes de adoecer, tais como: personalidade, estilo de vida, as condições físicas, entre outras coisas (OMS, 1994). Os métodos disponíveis de tratamento para a DA não conseguem bloquear o avanço da doença, porém retardam o impacto das manifestações clínicas da mesma. A Doença de Alzheimer retrata 50-70% das demências, e sua predominância é 3-5% nas pessoas com a idade acima de 65 anos, já sua incidência na população geral é de 1-2% ao ano. (ALVAREZ et al., 2001) (MALAGÓN et al., 2005).

Para o possível diagnóstico da doença é necessário que ocorra pelo menos um déficit da função cognitiva, além do prejuízo ao que diz respeito a memória, alterações na linguagem, nas funções executivas, entre outras coisas, porém esses relatos não acontecem através de um simples contato, é necessário investigar essas informações com o paciente ou cuidador, pois esses já vem acompanhando os possíveis sintomas por um tempo maior. (NITRINI et al., 2005).

2.5 Relação Demência e Doença de Alzheimer.

A demência não é definida como doença e sim como um agrupamento de

sintomas que geram modificações nas quais acarretam a queda de certas funções do sistema nervoso, que atingi diretamente a memória, além de um prejuízo na capacidade da linguagem e orientação do indivíduo. (DIAMOND, 2011; ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2014). O que provoca essas modificações são as falhas e perdas das células cerebrais, ou seja, nos neurônios, o que ocasiona em mudanças na funcionalidade e no comportamento do indivíduo (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2014).

É necessário então saber diferenciar os casos de Demência com os de prejuízo na memória, de acordo com o DSM- 5 (Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders) os fatores para o possível diagnostico incluem não só as manifestações no que se diz respeito ao declínio cognitivo, implica também no desempenho das atividades diárias. (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2014)

As modificações que afetam o funcionamento do cérebro se da por perdas cognitivas sensórias e motoras resultando no quadro demencial. (ARGIMON; TRENTINI, 2006).

Para os autores Caramelli Barbosa (2002); Petrilli, (1997), a DA é uma doença neurodegenerativa, que ocorre de maneira progressiva. Estando relacionada diretamente com o envelhecimento, os sintomas evidentes da doença são apresentações através de modificações nas áreas cognitivas e comportamentais, inclusive um prejuízo ao que diz respeito aos aspectos: memória, raciocínio e pensamento, esses prejuízos acontecem devido ao comprometimento cerebral que é afetado de maneira extensa. É importante ressaltar que a doença de Alzheimer passa por estágios progressivos, sendo eles: leve, moderado e severo.

Quando comparado o cérebro de alguém que não adoeceu com Alzheimer com o de alguém que foi diagnosticado com a doença, é possível observar a diferença em relação ao tamanho de ambos. O cérebro do indivíduo que tem Alzheimer é notavelmente menor, o que leva isso é a morte neuronal, que é um aspecto da doença. (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2013)

As alterações neuronais são causadoras da deterioração e agravamento ao que diz respeito às funções cognitivas do indivíduo, consequentemente afetando na independência e em seu desempenho (DIAMOND, 2011). Ainda sobre a DA, é

importante ressaltar que ela pode ser fragmentada em duas partes, sendo: familiar e esporádica. (ALZHEIMER SOCIETY OF CANADA, 2014; DIAMOND, 2011)

Ao que se diz respeito a doença de Alzheimer do tipo familiar, a manifestação acontece em indivíduos na faixa etária dos 50 anos, a exceções de casos que o indivíduo é acometido até mais cedo. Enquanto na doença de Alzheimer do tipo esporádica, o indivíduo normalmente é acometido na faixa etária dos 65 anos ou mais, essa é a forma mais comum e frequente da doença (DIAMOND, 2011).

2.6. O Papel do Psicólogo frente a Doença de Alzheimer.

Um dos grandes aliados para ajudar tanto o familiar quanto o indivíduo que adoece com a DA é a Psicologia. Que pode atuar com intervenções do tipo: Palestras, que tem como finalidade esclarecer, informar, conscientizar. Terapia, que dá o suporte ao familiar, ajudando o mesmo a lidar com tal situação. Grupos de ajuda, a troca de informações, visto que ambos estão vivenciando a mesma situação. Essas formas de intervenção é uma maneira do familiar, ter um suporte para lidar com o misto de emoções vivenciadas em seu dia a dia. Em um olhar voltado ao indivíduo diagnosticado com Alzheimer, o psicólogo vai atuar nas primeiras fases da doença de forma que seja o transmissor de significados para o paciente. Intervindo com atividades com fotos, com o intuito de diminuir a velocidade da doença.

No entanto, dentro dos vários olhares que a psicologia tem, voltada ao ser humano, o Psicólogo (a) desempenha o papel de trabalhar com o cuidador ou familiar e com o indivíduo diagnosticado com a doença, as mudanças biopsicossociais ocorridas, mudanças essas que são divididas em três partes no indivíduo. “Bio” porque é biológica, “Psico” porque são fatores psicológicos e “Sociais” porque são culturais. Ao que se diz respeito a intervenção com o paciente, o profissional da área de Psicologia irá atuar no sentido de dar um ressignificado a demanda de histórias do paciente, além de ajuda-lo a passar pelos medos, sentimentos de angustias, que iram surgir no decorrer da doença. É importante ainda, ressaltar que essas intervenções principalmente a psicoterapia é indicada na fase inicial da doença, a explicação para isso é que nesse momento normalmente o

paciente ainda consegue associar o foco da terapia, a aliança terapêutica ainda consegue ser estabelecida, e o paciente consegue recordar de seu terapeuta. Dessa maneira podendo atuar no incentivo as atividades de lazer, no convívio social, na elaboração da ideia de que a doença não tem cura, tudo para que o impacto da doença seja menor. Porém o acompanhamento com a rotina é interessante que seja continuo, até porque o processo de elaboração do aceitar que a doença não tem cura é uma coisa fundamental no processo do cuidar, do saber lidar, durante essas intervenções é interessante que Psicólogo (a) exponha para o cuidador/ familiar que ainda que a doença não tenha cura até o presente momento, existem opções para tornar mais lenta a progressão das fases, e na medida do possível para que o paciente tenha uma melhor qualidade de vida. É importante que isso aconteça, que esses familiares e cuidadores tenham informação, suporte de como lidar com a doença e com o paciente para não adoecer também. (MANZARO, 2015).

2.7 O impacto no Cuidador Familiar.

Adoecer é algo social, a explicação para isso é que, o indivíduo que adoecer não vivencia os impactos individualmente, esse processo envolve outras pessoas, na maioria dos casos a família, o que faz com que os impactos sofridos pelo indivíduo também sejam sentidos por terceiros. São os familiares que assumem esse papel principalmente quando se trata de uma pessoa idosa, pois é quem desde o diagnostico acompanha as consultas médicas, e toma as decisões necessárias.

Nesse contexto o autor Helmann (2003) relata que a forma como a família vai vivenciar esse processo vai depender de aspectos socioculturais, sendo eles: meio social, valores, crenças, fator econômico, além das características individuais de cada membro.

Rolland (1995) retrata que quando um membro adoecer é gerado um desarranjo no sistema familiar, uma modificação, um processo de experiências novas, com erros e acertos na busca de um equilíbrio. Dessa forma constata-se que esse processo é feito de uma ambivalência de sentimentos, tensão, insegurança e dor. (MINUCHIN, COLAPINTO; MINUCHIN, 1999).

É interessante ressaltar que os impactos não são sofridos somente na relação indivíduo e familiar, acontece também nas relações sociais dos membros da família com o mundo lá fora. Os motivos pelos quais esse afastamento pode acontecer são vários, dentre eles: a resistência da família em aceitar a doença e falar sobre ela, o comprometimento com o paciente, visto que em alguns casos o indivíduo se torna totalmente dependente. Um exemplo disso é a doença de Alzheimer, que é o foco do presente trabalho, o indivíduo acometido pela doença de Alzheimer se torna totalmente dependente do cuidador ou familiar, nesses casos a um compromisso em cuidar, estar sempre presente, de forma que deixe os compromissos diários e acabe vivendo em função do indivíduo. (MOREIRA; ARAÚJO; ROMAGNOLI, 2007)

Os autores Campos, Álvares e Abreu (2004) descreveram que a família também se torna um “paciente” diante de um membro acometido por alguma doença, com isso passa a ser uma família adoecida. De acordo com eles, para lidar com isso, os membros da família podem usufruir de mecanismos de defesas, com o objetivo de uma possível proteção contra o sentimento de ameaça que chega junto com o diagnóstico.

Após o diagnóstico da doença, o primeiro mecanismo que provavelmente será utilizado é o da Negação, mecanismo esse que a família faz uso para não entrar em contato com a realidade, por vários fatores, ela a nega. Um grande exemplo desse mecanismo é quando o indivíduo, nesse caso o familiar, se nega a falar sobre a doença. Até chegar um determinado momento em que a família não possa recusar a doença, essa nova situação do lugar a Raiva, que é um outro mecanismo acaba usando como forma de defesa.

Neste momento, devido à rotina, a não saber lidar com essa nova situação é provável que aconteça sentimentos de revolta e agressividade, além de conflitos em relação a cobranças entre os familiares. Na fase de Negociação (Barganha) que acontece quando a pessoa já vivenciou a negação (isolamento) e o sentimento de raiva e percebeu que não teve resultados, o indivíduo familiar, através desse mecanismo busca negociações e acordos. Dando seguimento a fase de negociação, aparece a Depressão, momento no qual a família começa a formular esse processo de luto, daquele membro da família que anteriormente era saudável e agora

adoeceu, nesse processo é comum surgir pensamentos do tipo: não consigo lidar com isso, as coisas não vão ficar bem, enfim pensamentos negativos. Após esses 4 mecanismos de defesas, surge o quinto e ultimo, a aceitação, momento em que a família assume e finalmente reconhece a doença (ISMAEL, 2004).

Os 5 estágios citados acima são conhecidos pelo nome de: “5 Fases de luto de Elisabeth Kubler- Ross”. Taís fases fazem parte do processo de luto que o indivíduo vivencia após receber a confirmação de um diagnostico, principalmente quando esse diagnostico é de uma doença que ainda não foi possível descobrir uma forma de cura, como é o caso da doença de Alzheimer (FIGUEIREDO; BIFULCO, 2008).

Ainda sobre a vivência dos estágios, é interessante ressaltar que cada família tem uma forma de passar por isso, umas demoram mais tempo em determinado estágio, outras não seguem essa sequência de fases, é algo relativo, que vai depender da estrutura de cada família.

Diogo e Duarte (2002) deu ênfase para o fato de que ao contrario do Brasil, existem países desenvolvidos que tem um preparo para os familiares que exercem o papel de cuidador. Esse preparo vem de uma equipe que auxilia inclusive em situações de apuros.

Contudo é reconhecível que além do pouco preparo para os familiares que tem algum membro acometido por alguma doença, não existe um sistema específico para orienta-los. Temos somente um maior apoio ao que diz respeito as famílias de baixa renda. (FELGAR, 2004)

Existem estudos que ressaltam que normalmente o papel de cuidador é adotado por uma pessoa só, tal pessoa costumeiramente é a esposa (marido), se no caso o indivíduo for do sexo masculino, ou também a filha. (CERVENY, 1994; HELMANN, 2002; CALDAS, 2003, SELMÈS; DEROUESNÉ, 2008).

Cresceu e estima-se que aumente ainda mais cuidadores que são da mesma geração que os idosos adoecidos, cuidadores esses que pertencem a mesma família, idosos tidos como saudáveis, frente a doença do seu familiar (CALDAS, 2003). Nesse cenário o cuidador sendo idoso, sofre uma sobre carga muito maior, pois pela faixa etária de idade as funções do mesmo já se encontram fracas, ou com algum tipo de prejuízo, já não se tem a força de uma pessoa mais nova.

No ponto de vista de Sena e Gonçalves (2008), disponibilizar cuidados pode ser uma condição que trás sofrimento e dor, a explicação para isso é que o processo de cuidados afeta e muda completamente a vida do cuidador, independente da idade, pois não é afetado somente o aspecto físico, no que diz respeito a força, mas também o emocional, a psique do cuidador, com isso é gerado uma sobrecarga e um desgaste muito grande.

Outro aspecto importante é a maneira como o cuidador executa sua função e põe limites a ela, pois por vezes esse "cuidar" passa dos limites, de sua capacidade. Um exemplo disso é quando o cuidador pega aquele papel para si de tal forma que passa a acreditar que nenhum outro familiar consegue desempenhar, que se um outro alguém passar a cuidar, não vai cuidar de forma certa, que fará o indivíduo adoecido sofrer. (FERNANDES; GARCIA, 2009)

O cuidador familiar vivencia uma variedade de sentimentos ao cuidar de um membro da família, isso se dá devido a vários fatores, mas em grande maioria, o cuidador familiar vê através do "cuidar" uma maneira de retribuir tudo o que aquele membro já fez em algum momento por ele, esse cuidar vem em forma de agradecimento, pelo zelo, pelo afeto, pela proteção, pelo alimento, entre outras coisas, que num momento passado, quando o indivíduo adoecido tinha sua autonomia desenvolveu esse papel. (LAVINSKY, 2001)

É necessário pontuar também os sentimentos frustrantes que surgem nesse processo, por ver um membro da família tão impossibilitado e sem autonomia. Nascimento (2008) enfatiza o ato de cuidar dentro de suas dificuldades, com um misto de sentimentos, como: angustias, tristezas, choro, cansaço e medo.

Dessa forma entende-se que uma doença degenerativa, como a DA, vai progredir de forma severa e continua, e os efeitos que as mesmas causas vão ser vivenciados pela família e pelo indivíduo adoecido de forma similar, o que difere esses sentimentos é a maneira como ambos vão vivenciar, cada um no seu papel.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das grandes problemáticas da doença de Alzheimer é o impacto que a

mesma causa nos cuidadores (HALEY, 1997). Nesse cenário, Caldas (2003) assegura que a maior provedora de cuidados é a família, principalmente quando o indivíduo adoecido é um idoso. Visando isso, o presente trabalho teve como principal objetivo, analisar a maneira que as famílias de pacientes com Alzheimer, vivenciam o cuidado e as mudanças, uma vez que são os familiares que assumem esse papel, principalmente quando se trata de uma pessoa idosa. O artigo possibilitou conceituar parte das vivências dos familiares que desenvolvem esse papel, além de caracterizar o processo de luto que as famílias passam após o momento do diagnóstico da doença.

Com base nas pesquisas bibliográficas realizadas, foi possível observar que, a maneira que a doença de Alzheimer afeta a família depende muito da dinâmica familiar antes do aparecimento da doença, da forma que o vínculo está estabelecido entre os membros. Sena e Gonçalves (2008) retratam que disponibilizar cuidados é uma condição que trás sofrimento e dor, visto que o processo de cuidar vem acompanhado de uma sobrecarga e um desgaste muito grande, tanto no emocional quanto no físico, o que torna esse processo ambivalente, pois vários são os sentimentos sentidos, fracasso diante da doença, medo, tensão, o sentimento de não estar fazendo o suficiente, a busca por um equilíbrio.

Em contrapartida com os sentimentos que surgem com a chegada do diagnóstico, e a rotina diária de cuidados, as mudanças ocorridas, os familiares acabam usando mecanismos como uma forma de proteção, mecanismos esses que fazem parte do processo de luto da aceitação do diagnóstico (CAMPOS, ÁLVARES, ABREU, 2004).

A negação, raiva, barganha, depressão e aceitação são as 5 fases do luto, criado por Elisabeth Kubler e descrito por Ismael (2004) que a família acaba vivenciando nesse processo. Ainda sobre a vivência dos estágios, é interessante ressaltar que cada família tem uma forma de passar por isso, umas demoram mais tempo em determinado estágio, outras não seguem essa sequência de fases, é algo relativo, que vai depender da estrutura de cada família (FIGUEIREDO; BIFULCO, 2008).

Diante dos resultados obtidos observa-se a necessidade de uma maior atenção

aos familiares cuidadores da doença de Alzheimer, recursos em relação a saúde mental dessas famílias, visto que o indivíduo não adoece sozinho, o sistema familiar adoece junto, principalmente o cuidador.

Dessa forma concluo que obtive resultados aos objetivos propostos no início do trabalho, exceto um objetivo específico, no qual estava proposto vivenciar a maneira que o indivíduo acometido pela doença passa pelo processo de mudança, visto que nas fontes usadas como ferramentas de estudos só foi encontrado depoimentos de terceiros falando sobre como é acompanhar esse processo.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, A, M; ÁVILA R; CARVALHO I, A, M. Reabilitação neuropsicológica na doença de Alzheimer. **Psiquiatr Clin.**; 28 (6). 2001.

ALLOUL, K. et al. Alzheimer's disease: a review of the disease, its epidemiology and economic impact. **Archives of Gerontology and Geriatric**, vol. 27, 1998. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18479766> Acesso: 11/10/2017.

ARAÚJO, L.F; COUTINHO, M. P. L.; SANTOS, M.F. S. Análise psicossocial do idoso em instituições gerontológicas. IN FALCÃO, D. V. S.; DIAS, C.M.S.B. (org).

Maturidade e velhice: pesquisas e intervenções psicológicas. Vol 1. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. Cap 6, pp 131-150.

ARGIMON, I. de L.; TRENTINI, C. M. A presença da doença de Alzheimer e suas repercussões na dinâmica familiar. **Rev Brasileira de Ciências do envelhecimento humano**. Passo fundo, pp 98-105, jan/jun, 2006.

ALZHEIMER'S ASSOCIATION (2014). Alzheimer's Association, 2014 Alzheimer's Disease Facts and Figures, Alzheimer's & Dementia, Volume 10, Issue 2. Disponível em: [http://www.alzheimersanddementia.com/article/S1552-5260\(14\)00062-4/abstract](http://www.alzheimersanddementia.com/article/S1552-5260(14)00062-4/abstract) Acesso: 11/10/2017.

ALZHEIMER'S ASSOCIATION (2013) . Alzheimer's Disease Facts and Figures, Alzheimer's & Dementia, Volume 9, Issue 2. Disponível em:
<[http://www.alzheimersanddementia.com/article/S1552-5260\(13\)00076-9/abstract](http://www.alzheimersanddementia.com/article/S1552-5260(13)00076-9/abstract)>
Acesso:11 de out.2017.

ALZHEIMER'S ASSOCIATION (2014). Know the 10 signs. Early detection matters. Alzheimer's Association. Disponível em: < <http://www.alz.org/10-signs-symptoms-alzheimers-dementia.asp>>. Acesso: 09 de out.2017.

ABREU, I.D.; FORLENZA, O.V.; BARROS, H.L. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. **Rev Psi Clín**, Rio de Janeiro, v.32, n. 03, p.131-136, 2005.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5ª. Ed, Porto Alegre: Art Med; 2014.

CARAMELLI P; BARBOSA MT. Como diagnosticar as quatro causas mais freqüentes de demência? **Rev. Bras. Psiquiatria**. 24 (I), abr. 2002.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência, responsabilidades e demandas da família. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, V 19, jun.2003. Disponível em:
<<http://www.scielo.br>> Acesso: 09 de out.2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID – 10. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde**. 10 ver. São Paulo: EDUSP, 2003.

CAMPOS, E.M.P.; ÁLVARES. ; ABREU, P. Infância e família. IN MELLO FILHO, J; BURD, M. (org). **Doença e Família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. Cap. 10.

pp 205-216.

CARVALHO, J.A.M.; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população Brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n 3, junho 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br>>. Acesso: 22 ago. 2017.

CARVALHO, J. A. M; WONG, L.R. A transição da estrutura etária da população Brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 24, n. 3, março. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso: 15 de setembro de 2017.

CARAMELLI, P. Neuropatologia da Doença de Alzheimer. In O.V. Frolenza & P. Caramelli. **Neuropsiquiatria geriátrica** (pp. 107- 118). São Paulo: Atheneu. 2000.

CALDAS, CÉLIA PEREIRA. Envelhecimento com dependência: Responsabilidades e demandas da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.19, n.3, 2003.

DIAMOND, J. Alzheimer's disease: What's it all about? Where do we stand in the search for a cure? Toronto: Alzheimer Society of Canada. 2011. Disponível em: < http://www.adrave.pt/uploads/document/file/59/Demencia_terceira_idade_VF.pdf> Acesso: 11 de out.2017.

DIOGO, M.J. D.; DUARTE, Y.A.O. Cuidados em Domicílio: conceitos e praticas. In FREITAS, E.V. et al **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap. 92. Pp. 762-767.

ERMINDA, J. G. Processo de envelhecimento. In: COSTA, M. A. M. et al. (Org.). **O idoso: problemas e realidade**. Coimbra: Formasau, 1999. p. 45-59.

FIGUEIREDO, M.T.A.; BIFULCO, V.A. A psico-oncologia e o atendimento domiciliar

em cuidados paliativos. In ROVACCS, M.J; FRANCO, M.H.P; CARVALHO, V.A. (org)

Temas em psico-oncologia. São Paulo: Summus, 2008. Parte VII, pp 373-381.

FELGAR, J.A.S. Uma expressão da linguagem numérica. In KARSCH, U.M.S. (org).

Envelhecimento dom dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC, 2004. Cap. 2 pp. 47-85.

FERNANDES, M.G.M; GARCIA, T.R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Revista Brasileira de enfermagem**, Brasília, v 62, n 1, Fevereiro, 2009. disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso: 09 de Outubro de 2017.

FORLENZA, O.V.; CARAMELLI, P. **Neuropsiquiatria Geriátrica.** São Paulo: Atheneu, 2000.

FELICIANO, A.B; MORAES, S.A.; FREITAS, L. C.M. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico.

Cadernos de saúde publica. Rio de Janeiro v.20, n 6, Dez, 2004. disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso: 09 de Outubro de 2017.

GRANDI, I. Entendendo o que é demência. In: SALDANHA, A.L.; CALDAS, C.P. **Saúde do idoso: a arte de cuidar.** 2. ed. Rio de Janeiro: Inter ciência, 2004.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4 ED. São Paulo: Atlas, 2008.

HALEY, W. . The family caregiver's role in Alzheimer's disease. *Neurology*. 48(5), 25-29. 1997. Disponível: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000200004> Acesso: 11 de out.2017.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença.** 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ISMAEL, S.M.C. A família do paciente em UTI. In MELLO FILHO, J.; BURD, M.

(org). **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. Cap.14. pp.251-257.

LOPES, M.A.; BOTTINO, C.M.C. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo. Análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v 60, n1, 2002. Disponível em: <<http://www.sicelo.br>> Acesso: 09 de out. 2017.

LAKATOS, EVA MARIA; MARCONI; MARINA DE ANDRADE. **Fundamentos de metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LAVINSKY, A. E. **O cuidar de idosos com Acidente Vascular Encefálico**: representações de familiares cuidadores. 2001. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador- Bahia. 2001.

MONTEIRO, M.F.G; ALVES, M.C.I. Aspectos demográficos da população idosa no Brasil. In Veras, R. et al. **Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. Rio de Janeiro: Relume Dumará 1995. Cap. 4, pp 65-78.

MALAGÓN C, RODRIGUEZ J, HERNÁNDEZ J, PARDO R. Análisis del desempeño del lenguaje en sujetos con demencia tipo Alzheimer (DTA). **Rev Fac Méd**. 2005; 53(1):3-9. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v12n3/133-08.pdf>> Acesso: 11 de out.2017.

MANZARO, S. C. F.. A Psicologia na Doença de Alzheimer: Como intervir. **Portal do envelhecimento**, 2015. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.com/sausedoenca/item/3539-a-psicologia-na-doen%C3%A7a-de-alzheimer-como-intervir>> Acesso: 24 set. 2017.

MORAES, E.N.; MARINO, M.C.A.; BARCELO, A.L.R. Demências Reversíveis. In: MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008, p. 303-312.

MOREIRA, J.O; ARAÚJO, J.N.G.; ROMAGNOLI, R.C. A família na inserção das pessoas portadoras de deficiência no mercado de trabalho. In FERRÉS-CARNEIRO, T. **Família e Casal: saúde, trabalho e modos de vinculação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. Cap.6 pp. 137-156.

MINUCHIN, P.; MINUCHIN, S. **Trabalhando com famílias pobres**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

MANZARO, S. C. F. Envelhecimento: idoso, velhice ou terceira idade? **Portal do envelhecimento**. 2015.

MOTTA, A.B. Chegando para idade? In BARROS, M.M.L. (org) **Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política**. 2º edição. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000. Parte III, pp 223-235.

NITRINI R, CARAMELLI P, BOTTINO CMC, DAMASCENO PB, BRUCKI SMD, ANGHINAH R. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Arq Neuropsiquiatr**. 2005; 63(3A):720-7.

NASCIMENTO, L. C. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 4, p. 514-517, 2008.

NITRINI, R. Epidemiologia da doença de Alzheimer no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, vol. 26, nº 05, 1999, edição internet.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS (1994). Ayuda para cuidadores de personas con demencia. Department of Social Change and Mental Health. Genebra:

OMS. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652009000100010>

Acesso: 11 de out.2017.

ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Informe a situação e tendências: demografia e saúde/ Rede interagencial de informações para saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da saúde**, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. **São Paulo**: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1.

PITTELLA JEH. Neuropatologia da doença de Alzheimer. In: Tavares A, organizador. Compêndio de neuropsiquiatria geriátrica. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005. p.235-48.

PAPALÉO NETTO, M.; YUASO, D.R.; KITADAI, F.T. Longevidade: desafio no terceiro milênio. **Rev o mundo da Saúde**. São Paulo, ano 2. V. 29. N 4. Out. /dez, 2005.

ROLLAND, J. S. Doença crônica e o ciclo da vida familiar. In CARTER, B. ; McGoldrick, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Porto Alegre: Arte médicas, 1995. Cap 18. Pp 373 – 391.

REZENDE, C.H.A.; RODRIGUES, R.A.P. O estresse do cuidador de idosos. **Rev Arquivos de geriatria e gerontologia**, 2000, v 04, n 03, p 93-97.

SENA, E.L. S.; GONÇALVES, L.H.T. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer – perspectiva da filosofia de Merleau-Ponta. **Rev Texto e Contexto Enfermagem**, jun 2008, vol 17, n 2, pp 232- 240.

VERAS, R P et al. Avaliação os gastos com o cuidado do idoso com demência.

Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v 34 n 1, 2007.

VERAS R.P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 2009.

VERAS, R.P, RAMOS, L.R, KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: Transformações e consequências na sociedade. **Rev de saúde pública**, São Paulo, v 21, n 3, jun, 1987. disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso: 09 de out de 2017.

FREUD E O HUMOR: MECANISMO DE DEFESA OU SUBLIMAÇÃO?

OLIVEIRA, Patrick Heid ⁵

BARACAT, Juliana ⁶

RESUMO

O humor é uma estratégia fundamental para a sobrevivência do ser humano e está presente em vários momentos da nossa vida cotidiana, de certa forma podemos afirmar que os estudos sobre o humor ainda são poucos se comparado com a importância que ele tem para o ser humano. O artigo propõe analisar o chiste conceituando e definindo suas técnicas e como o inconsciente se expressa no humor. O artigo pretende discutir a noção de humor baseado na contribuição da psicanálise a fim de pensar se o humor é um mecanismo de defesa ou se é uma sublimação, utilizando – se de teorias e pesquisas bibliográficas.

Palavras chave: Humor, Chistes, mecanismo de defesa, Sublimação

ABSTRACT

Humor is a fundamental strategy for the survival of the human being and it is present in several moments of our daily life, in a certain way we can affirm that the studies on the humor are still few if compared with the importance that it has for the human being. The article proposes to analyze the joke conceptualizing and defining its techniques and how the unconscious is expressed in humor. The article intends to discuss the notion of humor based on the contribution of psychoanalysis in order to think if humor is a defense mechanism or if it is a sublimation, using theories and bibliographical researches.

Key-words: Humor; jokes, defense mechanism; sublimation.

1. INTRODUÇÃO

Diante da proposta feita pela minha orientadora Dra. Juliana Baracat, de abordar o tema em foco, a identificação a temática foi imediata, além disso, a uma necessidade de discorrer sobre tema e pesquisar quais as funções do humor em nossas vidas.

O tema desse artigo torna-se relevante, pois apresenta contribuições para nossa vida, o humor está presente em vários momentos, seja na nossa vida cotidiana, em conversas familiares, rodas de amigos, em ambientes sociais e profissionais ou lugares como na mídia, programas de televisão, revistas etc.

⁵ Discente do curso de Psicologia da Faculdade de Ensino Superior e Formação Integral- FAEF. E-mail: patrickheid@hotmail.com

⁶ Professora doutora do curso de Psicologia da Faculdade de Ensino Superior e Formação Integral- FAEF. E-mail: jbaracat@hotmail.com

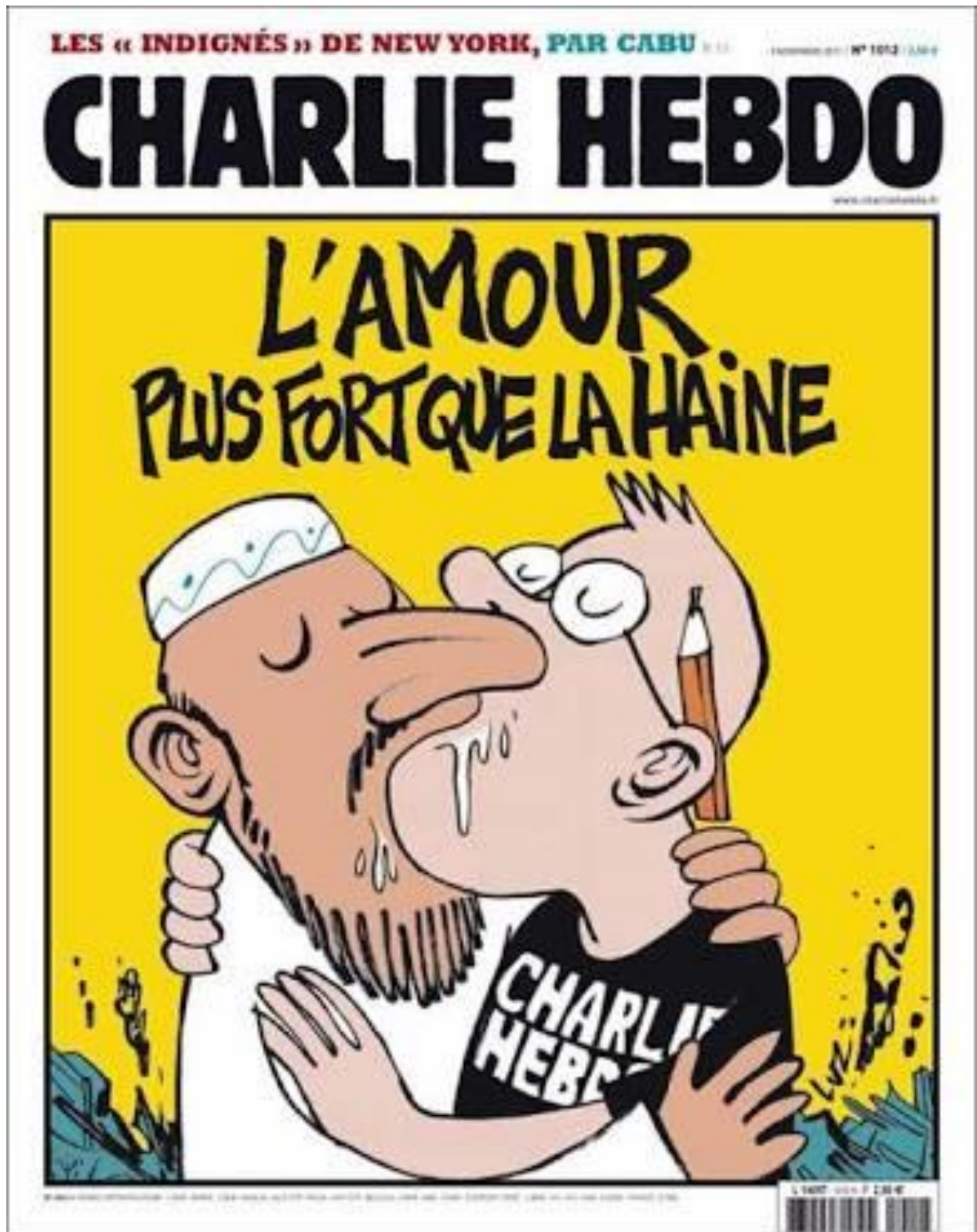
Levando em conta que vivemos em um tempo onde o humor precisa ser politicamente correto, já que ele deve ter um viés crítico, político, econômico, social, ético e moral não podendo ultrapassar outros limites, pensamos em discutir a visão freudiana de chiste para lançar algumas reflexões acerca do humor na vida humana.

O humor não necessita ser ofensivo, ele pode ser direto ou interpretativo, a intenção nem sempre é expor a pessoa para atingir determinados objetivos, o alvo podem ser as ideias e atitudes. Apesar de que o humor não é sempre levado a sério e tem sido censurado, as piadas, anedotas e trocadilhos são levados como uma ofensa a classes, raças, etnias, grupos sociais, etc. (FREUD, 1905).

Temos como exemplo o episódio do Semanário francês *Charlie Hebdo*, que em 2011 publicou uma charge logo após ter sofrido dias antes um atentado, na capa a caricatura do profeta Maomé beijando um cartunista do Charlie Hebdo, com a seguinte frase: “ o amor é mais forte que o ódio”. O jornal vinha sofrendo atentados desde 2006 por fundamentalistas islâmicos que, por sua vez, entenderam o humor como uma afronta e desrespeito a sua crença, o que levou a ocorrência de mais um atentado terrorista, em 7 de janeiro de 2015, matando 12 pessoas, entre elas 4 cartunistas da redação, ato supostamente motivado pelas sátiras do semanário (PORTAL G1, 2015).

O fato é que para muitos o humor, a piada, para ser criada é uma simples questão de escolha em fazer ou não fazer. O que o artigo tem como proposta pensar se o humor pode atuar como uma estratégia de sobrevivência para o ser humano. (NOSEK, 2002).

Desta forma, o artigo pretende discutir a noção de humor para a psicanálise a fim de pensar se o humor é um mecanismo de defesa ou um processo criativo do ser humano. Para tanto iremos indicar a contribuição da psicanálise sobre o humor, especificamente as contribuições freudianas (suas definições, conceito e técnicas), além da relação de Freud com o humor judaico. Em seguida iremos debater se o humor é um mecanismo de defesa ou se é uma sublimação, citando diferentes autores. Para desenvolver o tema do artigo, foi utilizado o método de pesquisa bibliográfica, tendo-se selecionado previamente os livros e artigos científicos pertinentes ao tema.



Capa do semanário Charlie Hebdo, publicada após primeiro atentado contra a redação em 2011.

2. DESENVOLVIMENTO TEÓRICO

2.1 Contribuições da psicanálise sobre o humor

Alguns autores, filósofos e romancistas se dedicaram a estudar e entender sobre os chistes. Freud (1905), em seu livro *Os chistes e a relação com o inconsciente*, cita alguns desses autores e diverge do pensamento de alguns deles ao fazer uma crítica sobre o humor, capaz de ser utilizada como base para estudos até nos dias atuais.

Freud foi o que talvez mais contribuiu para definir o cômico, apreciava o humor, principalmente as piadas judaicas, inclusive citou várias delas em suas obras. Freud distingue a análise do chiste entre sua técnica e seu conceito, entre o cômico e o espirituoso, sendo que o cômico pode se apresentar de forma gestual ou visual (MEZAN, 2003).

Os estudos de Sigmund Freud atribuídos a esse assunto são de extrema importância para a contribuição da psicanálise sobre o humor, ele era um colecionador de piadas judaicas e buscou explicar o que tornava um comentário engraçado, acreditava que para existir o chiste é preciso haver outra pessoa já que para ele o chiste faz parte da relação social. Freud (1905) escreve sua obra fazendo menções com a ligação que os chistes têm com o inconsciente. Mais tarde, outros autores dariam sequência a essas contribuições como Winnicott, Ferenczi e Lacan. (BRANDÃO, 2008).

Por volta de 1905, já existiam livros que abordavam o tema, o humor estava em alta. No campo da filosofia Theodor Lipps e Henri Bergson já contribuíam para conceituar e definir o humor. Nessa época a psicanálise freudiana já estava estruturada e consolidada, pois Freud já estudava a lógica do inconsciente presente nos sonhos, afirmando que ela se faz também presente em nosso cotidiano através de chistes, atos falhos, na arte e em práticas religiosas. (BRANDÃO, 2008).

Segundo Lipps (1898, apud FREUD, 1905), um chiste é algo cômico e

subjetivo, ou seja, é uma atitude produzida que nos coloca em uma situação em que eu sou o sujeito, é algo cômico que fazemos de forma consciente em determinado momento que jamais nos deixa em condição de objeto. Ele acreditava que os chistes podem ser decifrados, para Lipps um chiste é direto e objetivo, apesar de muitas vezes parecer não ter lógica, pode se dizer tudo sem dizer absolutamente nada, em poucas palavras ou nas entrelinhas ou, ainda, através de insinuações.

De acordo com Fisher (1889, apud FREUD, 1905), o chiste, assim como o cômico, acontece de forma caricata. O cômico traz à luz aquilo que está escondido, o que está encoberto e, às vezes, é considerado desrespeitoso, ridículo ou desagradável. O cômico é apresentado através da caricatura tornando as fraquezas de alguém acessíveis, sendo assim capaz de produzir um contraste entre o cômico e o juízo que clarifica a forma de pensar.

Em seu livro sobre o humor, Freud cita duas hipóteses para iniciar sua investigação sobre o que ocorre na criação de um chiste. A princípio, ele levanta uma investigação em que acredita que um chiste criado tenha relação com a verbalização buscando as técnicas verbais através da expressão de um determinado chiste, levando em consideração que o chiste é modificado verbalmente, introduzindo ou retirando palavras, e o efeito que traz a criação de um chiste desaparece trazendo outro sentido (FREUD, 1905). Para o autor:

(...) ou o pensamento expresso na sentença possui em si mesmo o caráter de um chiste, ou o chiste reside na expressão que o pensamento encontrou na sentença. Qualquer que seja a direção em que consista o caráter do chiste, nós o perseguiremos além e tentaremos captá-lo (p. 25).

Segundo Freud (1905) existem diferentes técnicas e métodos de se criar um chiste, essas técnicas podem nos deixar insatisfeitos despertando o interesse em buscar uma sequência ou um aprofundamento na investigação de suas mensagens encobertas. Se é possível que existam outras técnicas, ou pode nos trazer um efeito contrário, ou seja uma satisfação de que o que foi descoberto e descrito sobre os chistes seja suficiente, não havendo a necessidade de ir além das investigações.

Tais técnicas indicadas por Freud (1905) são:

I - Condensação:

(a) com formação de palavra composta;

(b) com modificação.

II - Múltiplo uso do mesmo material:

(c) como um todo e suas partes;

(d) em ordem diferente;

(e) com leve modificação;

(f) com sentido pleno e sentido esvaziado.

III - Duplo sentido:

(g) significado como um nome e como uma coisa;

(h) significados metafóricos e literal;

(i) duplo sentido propriamente dito (jogo de palavras);

(j) *double entendre*;

(k) duplo sentido com uma alusão.

Para Freud (1905), os chistes são formações psíquicas do inconsciente, suas técnicas são baseadas nos mecanismos de condensação e deslocamento como acontece nos sonhos e sintomas, e é dessa forma que o inconsciente se apresenta. Quando existe a criação de uma piada de duplo sentido ou um jogo de palavras ou até mesmo um trocadilho, o piadista sente uma satisfação prazerosa, mas ela só se torna uma piada para uma outra pessoa se nela for alcançada a mesma satisfação, satisfação também produzindo uma reação, em geral, o riso. (BRANDAO, 2008)

Segundo Freud (1905), quando o mesmo material é usado fica absolutamente claro que se apresenta como uma condensação, que pode ser o resultado de abreviações ou palavras compostas, podendo também ocorrer sem substantivo, o que ele denomina um jogo de palavras, o que faz da condensação a maior em recursos entre as técnicas. Mas todas são de formatos objetivos ou interpretativos e requer a compreensão de ambos os lados. Segue um exemplo desse processo:

(...) Herr N. comentou: 'Bem, a vaidade é um de seus quatro calcanhares de

Aquiles'. Nesse caso a leve modificação consiste em que, ao invés de um calcanhar de Aquiles, que o herói deve ter efetivamente possuído, temos em questão quatro calcanhares. Quatro calcanhares - ora, apenas um animal tem quatro calcanhares. Assim, os dois pensamentos condensados no chiste exprimem-se: 'À parte sua vaidade, (...) (FREUD, 1905, p 33).

Esse exemplo nos serve para entender claramente o processo de condensação e suas variáveis podendo utilizar palavras compostas ou modificando a formação de substantivos, observando que esse se trata de um chiste interpretativo ou seja depende da compreensão de quem ouviu a piada. Há por trás uma intenção do piadista, seja ela uma crítica ou qualquer outro tipo de intenção, sempre baseada em um contexto, nesse caso o ouvinte se torna um alvo de sua crítica e a forma de reação do ouvinte pode determinar o sucesso do chiste ou o seu fracasso (FREUD, 1905).

Se procurarmos na literatura qual a palavra que resumi com as técnicas do chiste, com certeza seria a brevidade, porém a brevidade precisa partir de um comentário particular, dentro de um contexto que o chiste será inserido, caso contrário, a brevidade não terá efeito por si só. A brevidade é um processo de redução desfazendo a forma que a condensação atua se tornando dependente e necessitando da expressão verbal estabelecida pela condensação. O que de forma superficial podemos dizer que a sensação de prazer causado por um chiste está relacionada a esse processo, há muito mais que avaliarmos em um chiste e compreender mais esse processo seria o ponto de partida para afirmarmos a origem da satisfação que um chiste proporciona (FREUD, 1905). Note-se essa anedota:

.... Uma dama italiana dizia ter-se vingado de um comentário sem tato do primeiro Napoleão com um chiste que utilizava a mesma técnica de duplo uso de uma palavra. Em um baile da corte, ele lhe disse, apontando para o par e conterrâneo dela: 'Tutti gli Italiani danzano si male'. Diante do que ela desferiu rápido contragolpe: 'Non tutti, ma buona parte'(BRILL, 1911, apud FREUD, 1905, p. 39)⁷.

Segundo Freud o importante é identificar se a condensação que ocorre no chiste formado por substantivo é de fato unânime, ou seja, em todos os chistes estará presente sendo uma característica da técnica, utilizando-se da mesma forma

⁷ Anedota acrescentada por Freud em 1912.

verbal modificando apenas os arranjos, o que vai diferenciar e que quanto mais sutis forem as alterações maior será o efeito do chiste. O chiste se torna uma resposta pronta a partir do momento que se vê como uma reação rápida de um comentário ou determinada situação (FREUD, 1905).

O material que usamos para a produção de um chiste nada mais é que as palavras, consideradas nesse caso como recicláveis, se analisadas de forma separada elas não trazem sentido algum em relação a um chiste e, muitas vezes, não precisam seguir uma lógica, mas quando colocadas em um chiste seguindo um contexto que interessa as partes envolvidas apesar de perderem seu sentido original elas surgem em outras conexões clarificando a intenção e a compreensão atingindo seu alvo. Por exemplo: “Como é que você anda? ” - Perguntou um cego a um coxo. “Como você vê” - respondeu o coxo ao cego. ” (FREUD, 1905).

De acordo com Freud existe uma variedade e formas de repetir as palavras, se as reciclar em uma determinada frase pode se criar um duplo sentido, um jogo de palavras, um trocadilho que também é uma técnica do chiste, nesse caso a forma verbal difere levando em consideração a expressão do locutor, levando em consideração que existem palavras que por si só tem duplo significado que serve pra definir objeto, ação, etc., o que pode se chamar de uso múltiplo que se usado de forma passiva forma o duplo sentido, que pode ser divididos em subtítulos porem não podem ser separados (FREUD, 1905). Por exemplo: ‘A distinção entre Professores Ordinários [*ordentlich*] e Extraordinários [*ausserordentlich*] é que os ordinários nada fazem de extraordinário enquanto os extraordinários nada fazem ordinariamente [*ordentlich*] (FREUD, 1905).

Em sua biografia do autor, Peter Gay afirma que Freud era espirituoso, e em suas conversas sempre eram recheados de boas piadas pode se dizer que era um pouco sarcástico, acreditava que o cotidiano era cheio de momentos chistosos, colecionador de anedotas judaicas, pode se dizer que foi o que mais contribuiu para a psicanálise até aos dias de hoje, mesmo sua obra em determinado tempo ter sido considerado por muitos uma obra menor o que Lacan discordaria trazendo de volta o prestígio dessas contribuições, podemos dizer que a leitura de sua obra nos mostra que Freud era bem humorado, sendo capaz de trazer aos leitores sua inspiração e

contribuição. (PETER GAY, 1992)

Desta forma, notamos que em Freud a expressão do humor se dá no nível da linguagem. Para o autor, o chiste possibilita expressar críticas e opiniões ácidas de forma socialmente aceita. Ainda mais, como veremos a seguir, o humor pode se ligar tanto ao aspecto defensivo do sujeito como se apresentar como alvo da sublimação.

2.2 Mecanismos de defesa ou sublimação

Para Freud, o processo do humor se inicia por duas formas, a primeira é quando o sujeito se coloca em uma situação de locutor, aquele que faz a piada, e as outras pessoas se tornam ouvintes, nesse caso o locutor sente prazer e também retira prazer dos ouvintes. A segunda maneira, também envolve o locutor e ouvintes, porem nesse caso determinado ouvinte se torna objeto do locutor, ou seja, o processo pode estar relacionado ao ouvinte mais somente o locutor e as demais pessoas compreende a piada, podendo utilizar sua própria figura ou da outra pessoa envolvida trazendo prazer somente para o locutor e as outras pessoas que não participam de forma direta. O humorista não tem censura trazendo assim uma frustração a pessoa envolvida como objeto do humor, já que não é encontrado na essência do humor qualquer tipo de afetividade, a piada por sua vez tem o objetivo de causar risos, e trazer prazer ao locutor e os ouvintes. (FREUD, 1927)

É preciso compreender que Freud ao escrever sobre as técnicas dos chistes se baseado no humor judaico, e uma das razoes é que os judeus na época viviam sofrendo opressão e dificuldades financeiras além de ser proibidos de se ingressar na sociedade não tinham direitas a educação e saúde, contudo não deixaram de ser alfabetizados, montavam pequenos grupos para que sua língua materna e os ensinamentos culturais e religiosos não se perdessem, os judeus precisavam se comunicar de alguma forma, que seus opressores não os entendessem claramente foi daí que desenvolveram uma facilidade de decifrar mensagens dentro do seu contexto nas entre linhas, o que nos mostra uma ligação com as técnicas descritas por Freud em seu livro os chistes e a sua relação com o inconsciente. (MEZAN, 2003)

O humor judaico se tornou uma defesa, enquanto os seus opressores usavam

a força física e o poder para os consumir os judeus respondiam esses ataques através da sua inteligência e capacidade de rir de si mesmo, as piadas se torna um alívio pode se dizer narcisista já que os faziam se sentir superiores mesmo estando derrotados. Mas os judeus não necessariamente usaram o humor como resiliência de uma situação hostil ou de dificuldade, os judeus utilizaram o humor como uma crítica política para menosprezar seus opressores, como podemos ver em alguns exemplos: (MEZAN, 2003)

... Fritz Rabinovitch é levado á presença de Hitler, que está furioso:

- É você, judeu imundo, que anda fazendo piadas a meu respeito?

- Sim, sou eu – responde Fritz.

- Mas você não sabe que eu sou Adolf Hitler, o Führer do Reich que vai durar mil anos?

- Esta não fui eu que inventei, não! p.142

Nesse outro:

Um judeu encontra seu amigo sentado num café de Berlim, lendo placidamente Der Stürmer (o jornal do partido nazista): p.142

- Como! Você lendo esta porcaria! Por acaso virou masoquista?

E o outro:

- Veja, se eu leio a imprensa judaica, só fico sabendo de desgraças: Lojas destruídas, pessoas presas e humilhadas, a estrela amarela...

Mas neste jornal só dão notícias boas: os judeus dominaram o mundo, são os maiores financistas, os intelectuais mais destacados.... É lógico que prefiro ler isto. p.142

Pode se dizer, que o humor para os judeus se tornou uma questão de sobrevivência, uma reação para enfrentar toda a perseguição que sofriam, ou seja ao invés de se vitimizar aumentando assim seu sofrimento, utilizaram a criatividade

do humor de forma ativa para se opor ao anti-semitismo. O fato é que a condição humana já nos traz um sofrimento psíquico no nosso cotidiano, ou seja, o envelhecimento, as doenças, a fragilidade que temos em enfrentar as catástrofes naturais e até mesmo a morte. Contudo nos protegemos através da criação de defesas para suportar os impactos desse sofrimento psíquico. O humor é um dos caminhos em que o prazer prevalece sobre a realidade, o desejo é realizado nesse caso o humor se torna uma defesa sublimada para poder suportar todos os desafios psíquico. (BRANDÃO, 2008).

Em 1915, Freud estipulou quatro tipos de caminhos pelos quais a pulsão poderia se expressar, um deles é a sublimação. Esse conceito foi bastante utilizado por Freud, mas pouco discutido teoricamente. A Sublimação veicula a pulsão numa forma social e valorizada de expressão. Está por trás das obras artísticas, do trabalho filantrópico e de quaisquer atividades reconhecidas pelo coletivo como sublimes. Assim, o ato de sublimar teria um duplo aspecto: por um lado, contém o elemento sexual presente na pulsão, por outro, transforma sua fonte sexual em um conteúdo dessexualizado, distanciado de sua fonte originária (LAPLANCHE; PONTALIS, 2004).

Esse processo pulsional é sublimada, quando é focada em um outro objeto que tenha valor social e não sexual. (LAPLANCHE; PONTALIS, 2004).

O que é o processo de Sublimação:

... Processo postulado por Freud para explicar atividades humanas sem qualquer relação aparente com a sexualidade, mas que encontrariam o seu elemento propulsor na força da pulsão sexual. Freud descreveu como atividades de sublimação principalmente as atividades artísticas e a investigação intelectual. (LAPHANCH e PONTALIS, 2004.p 296)

Para Freud, e outros autores psicanalíticos, os estudos dos mecanismos de defesa é de extrema importância, os mecanismos de defesa utilizam se de várias atividades intelectuais e explicam os fenômenos psíquicos. (LAPHANCH e PONTALIS, 2004).

Para prosseguirmos precisamos conceituar o que é mecanismo de defesa:

.... Diferentes tipos de operações em que a defesa pode ser especificada. Os mecanismos predominantes diferem segundo o tipo de afecção considerado, a etapa genética, o grau de elaboração do conflito defensivo, etc.

Não há divergências quanto ao fato de que os mecanismos de defesa são utilizados pelo ego, mas permanece aberta a questão teórica de saber se a utilização presume sempre a existência de um ego organizado que seja o seu suporte... (LAPHANCH e PONTALIS, 2004. p.277).

Para Freud, podemos relacionar a arte, o riso e os sonhos, pois são importantes na solução de conflitos, são formas individuais de expressão que é revelado primeiramente para o próprio sujeito, podendo se fazer conhecido para as outras pessoas, pode se dizer que é a capacidade que o sujeito tem de rir de si mesmo e dos outros, pode ser considerado uma cultura, uma defesa, é a capacidade que o indivíduo tem de rir das suas próprias dificuldades, de uma situação do ambiente que está inserido. (NOSEK, 2002). ... “A loucura exclui o rir. Os fatos adquirem dureza, não permitem que possamos rir de nós mesmo e dos outros”... (NOSEK, 2002 pág. 156).

O humor é criativo e constante, é provável que ele esteja presente diariamente em nossas relações, é uma estratégia de sobrevivência principalmente quando é utilizado em situações trágicas. O humor pode ser considerado uma forma inteligente de resolver conflitos, de se defender e atacar ou até mesmo agredir sem serem deselegantes, na maioria das vezes os chistes, se torna a “arte do insulto ou crítica”, geralmente vem da parte oposta do poder, da autoridade exercida. (NOSEK, 2002).

Bergson filósofo francês afirma que, “tudo aquilo que foge do que é previsto por nós, automaticamente sorrimos” (pág. 160). Através do raciocínio lógico, o ser humano usa o pensamento por antecipação, ou seja, antecipamos o resultado de uma determinada ação, o que é lógico, aquilo que é mais provável que aconteça em uma situação, e quando o resultado daquilo que se esperava foge dessa lógica é necessário que se faça uma adaptação do resultado que não era o esperado, e nesse processo o resultado final da ação torna se engraçado, e a reação espontânea é o riso. (NOSEK, 2002).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O humor é criativo, constante, interpretativo e objetivo, está presente no nosso cotidiano em vários momentos, aparece em situações trágicas ou de espontaneidade.

O artigo propôs uma discussão a noção de humor conceituando e definindo suas técnicas, baseado nas contribuições psicanalíticas a fim de pensar se o humor é um mecanismo de defesa ou sublimação.

No discorrer do texto, analisando as teorias de vários autores citados, podemos afirmar que o humor vai além de uma simples piada, ofensa, ou crítica, vai além dos limites de um estado de espírito ou uma compensação afetiva, o humor é necessariamente uma estratégia fundamental para a sobrevivência do ser humano.

Através dessa pesquisa teórica bibliográfica, confirma-se assim, a hipótese que o humor é um mecanismo de defesa como recusa da realidade e também uma elaboração sublimada como forma de ressignificar situações adversas, um processo criativo de elaboração do ser humano.

O artigo nos traz um tema complexo e amplo, com a possibilidade de ser discutidas perspectivas futuras de investigações, ultrapassando os limites, pesquisando no campo da neurociência baseado nos resultados obtidos. O humor é necessariamente fundamental para a sobrevivência do ser humano.



O "BODE EXPIATÓRIO"

— É êle! Ele é que está derrotando as nossas tropas!

26-12-1942

BELMONTE, 1942)

REFERÊNCIAS

FRANÇA, MARIA OLYMPIA A. F. (Org.) **Freud a Cultura Judaica e a Modernidade**.
HUMOR JUDAICO: SUBLIMAÇÃO OU DEFESA P.133 A 152 e nosek / HUMOR:
ESTRATEGIA DE SOBREVIVENCIA P.155 A169

FREUD, SIGMUND. **Os chistes e a sua relação com o inconsciente**. vol. VIII. Rio

de Janeiro: Imago Editora, 1905. 258p.

GAY, PETER. ***Freud: Uma vida para nosso tempo***. 2º ed. São Paulo: Companhia das letras, 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4º Ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LAPHANCH E PONTALIS. Vocabulário de Psicanálise: tradução de Pedro Tamen. 4ºEd. São Paulo, 2004.

MORAIS, MARÍLIA BRANDÃO LEMOS. Humor e Psicanálise. **Estudo de Psicanálise**, Salvador, n. 31, p. 113-23. Out/2008.

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: ALGUMAS FORMAS DE TRATAMENTO

ALVES, Ronni Soares ⁸

MATTOS, Gabriel Gonçalves ⁹

RESUMO

No presente artigo apresentou-se as possíveis causas para o surgimento do espectro, as principais dificuldades para o indivíduo, bem como, a avaliação neuropsicológica para diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista com suas escalas e questionários para a elaboração do diagnóstico. Mencionadas algumas formas de tratamento para o TEA, cujos métodos pesquisados foram: Aba, Teacch, Pecs, Son-Rise, com intuito de demonstrar as contribuições por elas oferecidas para o indivíduo com o transtorno, bem como a importância da participação dos familiares no tratamento sempre em nível multidisciplinar. Utilizado o levantamento bibliográfico na perspectiva de demonstrar a presença do espectro como fator de estresse familiar.

Palavras chave: Avaliação Neuropsicológica, Epistemologia, Transtorno do Espectro Autista, Perspectiva familiar

ABSTRACT

In this article it was presented the possible causes for the emergence of the spectrum, the main difficulties for the individual, such as, the neuropsychological evaluation for the diagnosis of the Autistic Spectrum Disorder with their scales and questionnaires for the diagnosis' elaboration. Mentioned some ways of treatment for TEA, which the researched methods were: Aba, Teacch, Pecs, Son-Rise, in order to demonstrate the contributions offered by them to the individual with the disorder, as well as the importance of the participation of family members on the treatment always at multidisciplinary level. Used the bibliographic survey in order to demonstrate the presence of the spectrum as family stress factor.

Keywords: Neuropsychological evaluation, Epistemology, Autistic Spectrum Disorder, Family perspective.

1. INTRODUÇÃO

O termo autista apareceu pela primeira vez na história em 1911, estava vinculado como um sintoma da esquizofrenia foi através dos estudos do psiquiatra

⁸ ALVES, Ronni Soares Discente do Curso de Psicologia da Faculdade de Ensino Superior e Formação Integral – FAEF, Garça/SP. E-mail: ronni.soares77@gmail.com

⁹ MATTOS, Gabriel Gonçalves. Bacharel em Psicologia e Formação de Psicólogo Clínico pela Faculdade de Ciências da Saúde de Garça/FASU. Pós-graduado em Saúde Pública: Estratégia Saúde da Família e Gestão Estratégica de Pessoas. Ambas pelo Instituto de Ensino, Capacitação e Pós-Graduação Faculdade Iguaçu – FI / INDEP – Marília. Professor Especialista do Curso de Psicologia e Pedagogia da Faculdade de Ensino Superior e Formação Integral – FAEF, Garça/SP. E-mail: gabriel_220885@hotmail.com

Bleuler, depois em 1943 Leo Kanner fez as primeiras publicações desvinculando o autismo da esquizofrenia, a sua pesquisa foi baseada em seu paciente Donald e outras crianças com características semelhantes, Donald foi a primeira criança diagnosticada com autismo. Em 1944 Hans Asperger quem deu suas contribuições, escrevendo artigo “Psicopatologia Autística da infância” onde relata crianças bastante semelhantes às que Kanner já havia relatado. Os principais autores que ajudaram a alavancar pesquisas sobre o autismo foram: Kanner e Asperger (BAPTISTA; BOSA et al,2002).

Atualmente as principais formas de fazer diagnóstico do Transtorno Espectro Autista- (TEA) é usando o CID-10 e DSM-5 que entra nas classificações 299.00 F48.00 (MELLO, 2001). Seque abaixo as classificações dentro do espectro com base no DSM-5 (APA, 2014.p 52):

Nível de gravidade	Comunicação social	Comportamento restrito e repetitivos
Nível 3 “Exigindo apoio muito substancial”	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal causam prejuízos graves de funcionamento grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a abertura social que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa com fala inteligível de poucas palavras que raramente inicia as interações e, quando o faz tem abordagens incomuns apenas para satisfazer a necessidades e reage somente a abordagens sociais muito diretas.	Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritivos/repetitivos interferem acentualmente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento / dificuldade para mudar o foco ou as ações
Nível 2 “Exigindo	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não	Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a

apoio substancial “	verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuada	mudança ou outros comportamentos restritivos/ repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contexto. Sofrimento e / ou dificuldade de mudar o foco ou as ações
Nível 1 “ Exigindo apoio “	Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a abertura sociais dos outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais. Por exemplo, uma pessoa consegue falar frases completas e envolver-se na comunicação, embora apresente falhas na conversação com os outros e cujas tentativas de fazer amizades são estranhas e comumente malsucedidas.	Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos, Dificuldade em trocar de atividades. Problemas para organização e planejamento são obstáculos a independência

Tabela 2 Níveis de gravidade para transtornos do espectro autista

Uma característica marcante na criança com TEA é a dificuldade no relacionamento interpessoal, percebendo-se desde bebê a mínima probabilidade deste se inclinar solicitando o colo de um adulto; a criança geralmente não será

influenciada por estímulos externos, razão pela qual, alguns pais a consideram com algum problema auditivo, dada a importância de se realizar precocemente o exame de audiometria (BAPTISTA; BOSA et al, 2002).

Segundo Fernandes (2010), o que afeta a maioria dos indivíduos com o espectro é o atraso na aquisição da fala, ressaltando o perigo da generalização nestes casos, pois em sua maioria não se utilizam da fala para estabelecer a comunicação. Esta, em alguns casos, surge de forma aleatória, sem nexos com o momento ou ocorrendo uma repetição de palavra ou frase, por exemplo: a criança assistiu um desenho de manhã que dizia: - O que é que há, velhinho? No período da tarde ela começa a repetir esta frase várias vezes, sendo este fato denominado ecolalia tardia ou retardada. Em alguns casos, pode ocorrer a repetição imediatamente após ouvir algo, por exemplo: durante uma conversa alguém fala: - Hoje o dia está feio. E a criança começa a repetir várias vezes: - (Feio). - (Feio). Esta é a conhecida ecolalia imediata. Lembrando-se que a ecolalia aparece no desenvolvimento de crianças típicas também, o que as difere é o desaparecimento ao longo do desenvolvimento.

O TEA se desenvolve normalmente nos três primeiros anos de vida, as áreas afetadas são: Comunicação, interação social e comportamento. Ainda sem possibilidade de cura, sendo um transtorno que acompanhará o indivíduo durante sua vida. Cada indivíduo com o TEA tem características diferentes, forçando assim os profissionais a terem um olhar mais humanizado adaptando a terapia para cada indivíduo (FERNANDES, 2010).

Segundo Brunoni (2014), diagnóstico de TEA é feito totalmente de forma clínica, atualmente não existe um exame específico para dar o diagnóstico, por isso a importância do profissional ter um conhecimento amplo da área para fornecer um diagnóstico confiável. A base teórico-prática para fornecer este diagnóstico é CID-10 e DSM-5, como já mencionado anteriormente. Quando o paciente com TEA tem alterações no organismo deve-se investigar pois, nestes casos cerca de 20% tem causas genéticas, uma delas é síndrome do X frágil.

A Síndrome do X frágil é causada por fatores genéticos, possui uma alteração no cromossomo X. Os homens são geralmente mais afetados, apresentando o

distúrbio mais severo do que as mulheres, na maioria dos casos ligados a retardo mental e demais transtornos, como o autismo (GUERREIRO,1993). Pode ser confirmada a Síndrome do X frágil através de exame de mapeamento genético (SHAPIRO; BATSHAW,2011).

As causas ambientais não são descartadas, existem registros de incidência causados por fatores externos, como um longo período de estresse na gestação, ingestão de drogas e bebidas alcoólicas pela gestante, tentativas de aborto, bem como prematuridade e baixo pesos. Estes diversos casos podem prejudicar o feto apresentando uma possível causa do TEA (BRUNONI,2014).

A pesquisa realizada por Brunoni (2014), demonstrou causas genéticas e ambientais em cerca de 20% a 25% dos pacientes diagnosticados com TEA, lembrando que estas são as possíveis causas, ainda necessitando de pesquisas comprobatórias para o mesmo.

O espectro autismo pode atingir o índice de 60% se a criança tiver um gêmeo homozigoto com o espectro, podendo aumentar para 71% caso tenham outras comorbidades, em gêmeos heterozigotos cai para 0% e se tiver outras comorbidades o índice sobe para 10% (GUPTA; STATE,2006).

Com base na presente pesquisa e considerando que o Transtorno do Espectro Autista é relativamente novo, se faz necessário desenvolver uma pesquisa que possa contribuir com tratamento e diagnostico do Espectro Autista por meio da Psicologia e a importância de um trabalho multidisciplinar.

O artigo tem o intuito de avaliar as principais formas de tratamento para o TEA, bem como avaliar as formas de alcançar o diagnóstico. Verificar através de levantamento bibliográfico se a existência do TEA em ambiente familiar possa ser ou não um gerador de estresse entre os seus membros.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Material e métodos

No presente artigo foi realizada revisão bibliográfica, com base no acervo da Biblioteca central da FAEF, sociedade cultural e Educacional de Garça e em bases

de dados da internet Scielo, bvs-psico, pespic e outros materiais científicos foram adquiridos comprados, a pesquisa foi realizada através de levantamento de dados entre o período de 1952 a 2014. O artigo tem o intuito de avaliar as principais formas de tratamento para o TEA, bem como alcançar seu diagnóstico, verificando-se também se a existência do TEA em ambiente familiar possa ser ou não um gerador de estresse entre os seus membros. Como o Espectro Autismo é relativamente novo é um desafio encontrar as melhores formas para o seu tratamento.

Segundo Gil (2001), pesquisa bibliográfica é uma ferramenta para buscar solucionar problemas propostos em pesquisas científicas. Este método proporciona encontrar mais conteúdos e informações em livros, artigos e em outros meios científicos já publicados, tendo como ferramenta principal a leitura para encontrar as informações desejadas, ou seja, a pesquisa bibliográfica ajuda a promover o conhecimento e assim a produzir novos trabalhos científicos.

2.2 Resultados

Para realizar o presente artigo foram consultados 47 materiais científicos, em pesquisa previa foram descartados 9 materiais por não conterem fundamentação teórica e nem pesquisas empíricas suficientes para a elaboração do presente artigo.

2.3 Avaliação Neuropsicológica

Para Caramazza e Coltheart (2006) a neuropsicologia é de suma importância para a investigação da expressão comportamental das disfunções cerebrais com ou sem lesões, estes profissionais usam mais do que apenas avaliação clínica.

O método de avaliação neuropsicológica pode ser realizado de diferentes maneiras, como o agrupamento em baterias de testes de acordo com necessidade de cada paciente, podendo se utilizar de questionários e escalas. Para um diagnóstico mais confiável é recomendável que se use mais de um teste e questionário. Sendo a entrevista com os familiares ou pessoas próximas de suma importância, para se descobrir quais os pontos fortes e as dificuldades encontradas pelo paciente (BURGES et al ,1998; GODEFROY,2003)

Uma avaliação neuropsicológica deve ser bem criteriosa para se estabelecer

planos de tratamento, bem como o processo de reabilitação auxiliando na melhora da funcionalidade e em seus aspectos cognitivos, comportamentais e emocionais, visando a qualidade de vida da criança (BYARD et al, 2011).

Segundo Pennington e Ozonoff (1996) foram encontrados prejuízos executivos em vários transtornos frontais, os quais ajudaram a dar embasamento para investigações das funções executivas do TEA. Pessoas com desenvolvimentos típicos têm a capacidade de utilizar várias funções cognitivas e assim podem criar estratégias de comportamentos mais adequada para o momento, como também podem manter uma representação mental na memória e resolver problemas novos através da flexibilidade cognitiva.

Nos indivíduos com TEA, geralmente estas habilidades têm alterações de funcionamento gerando prejuízos, bem como inflexibilidade e rigidez de comportamento e dificuldade nas relações interpessoal (SIGMAN et al, 2006).

Segundo Tuchaman (2009) as duas principais formas para realizar diagnóstico do TEA através de critérios clínicos são DSM-5 e o CID-10.

O DSM-5 fornece critérios para diagnóstico de perturbações mentais e CID-10, aprovado pela Organização Mundial da Saúde, norteando de maneira conjunta os profissionais da saúde na prática clínica e na realização de pesquisas (MELLO, 2001).

No presente artigo serão citados algumas escalas e questionários que são:

O CARS é uma das escalas de avaliação, é usada para verificar se a criança tem aspectos dos critérios definidos no DSM-5 ou CID-10, podendo assim diferenciar casos de crianças com atraso no desenvolvimento sem autismo das que possui o TEA. Possui quinze itens comportamentais e só pode ser aplicado a partir dos 24 meses de idade. Para aplicar o CARS é simples, porém o profissional deve ter um conhecimento amplo das características do TEA (PEREIRA et al ,2008).

Os Registros são realizados através de uma planilha, depois são contabilizados, cada item possui uma pontuação: 1 ponto (Normal), 2 pontos (Levemente anormal), 3 pontos (Moderadamente anormal) ,4 pontos (Severo). Ao termino da aplicação soma a pontuação dos quinze itens. < 30 pontos = normal. > 30< 36,5= autismo leve e moderado. >37 pontos = autismo severo (PEREIRA et al

,2008).

ADOS- Plano de Observação do diagnóstico de Autismo, o foco deste teste é analisar e identificar comportamentos sociais e de comunicação atrasados, pode ser aplicado em crianças com idades entre 24 e 35 meses. É realizado de forma lúdica a onde se analisa através de jogos simbólicos, comportamento social, atenção conjunta e imitação motora, não é um teste exaustivo dura no mínimo 20 minutos (LORD et al, 1999).

O PEP-R este instrumento ajuda a identificar aspectos típicos de pessoas com TEA como as que tem atraso no desenvolvimento, é semelhante ao CARS pode ser aplicado em crianças de 6 meses e 12 anos de idade, ao total este teste engloba 131 itens, não se pode fechar um diagnóstico de TEA usando apenas PEP-R (SCHOPLER et al ,1999).

O questionário ADI é uma ferramenta para ser utilizada com os pais das crianças, o questionário é dividido em subgrupos estes são: Desenvolvimento precoce, Comunicação, Desenvolvimento social e jogo, Interesses e comportamentos, Comportamentos Gerais. O ADI deu base para se criar o SCQ (*Social communication Questionnaire*) este segue o questionário de perguntas fechadas, apenas Sim/Não, sua vantagem é que não é tão cansativo. Outro que questionário que foi baseado no ADI é ADI-R o foco deste questionário é buscar aspectos de crianças típicas e atípicas (BECKER,2010).

A entrevista CHAT é uma escala composta por 14 itens do estilo Sim/Não, dividido em duas partes, as primeiras contem 9 itens deve ser respondido pelos responsáveis da criança, segunda parte deve ser preenchida pelo profissional, irá usar critérios de avaliação feita durante a sessão. Os aspectos analisados por este instrumento são interação social, comunicação e atenção compartilhada (BAROH-COHEN et al ,2000).

O instrumento ASSQ é composto por 27 itens cada item possui escala de três pontos (0 a 2) com este instrumento pode se analisar o grau do Espectro na criança. Dos 27 itens, 11 são relacionados a interação social ,6 abrange problemas de comunicação, 5 procuram rastrear se criança possui comportamentos repetitivos, os demais itens procuram analisar se o mesmo possui problemas motores (EHLERS;

GILLBERG,1993, citados por EHLERS GILLBERG; WING,1999).

2.4. Métodos de tratamento para Espectro Autista

Segundo Lear (2014) o método Análise do comportamento aplicada (*Applied Behavior Analysis*) ABA, é uma técnica que ajuda professores e pais a ensinar as crianças com TEA, as quais não costumam ser reforçadas com elogios como crianças com desenvolvimento típicos, elas necessitam de reforçadores que agradem, podendo ser um doce ou qualquer outro estímulo. Geralmente apresentam dificuldades para aprender apenas por observação de outras pessoas ou do meio, necessitam que ensinem de maneira específica.

Normalmente uma criança com o espectro precisa repetir várias vezes a mesma coisa para poder assimilar o que foi ensinado, isso leva algum tempo, por esta razão demoram um pouco mais para aprender (LEAR,2014).

A técnica do ABA tende para o lado do *behaviorismo*, condicionamento operante, que parte do princípio que, se um comportamento recebe um estímulo reforçado, isso aumenta a probabilidade do comportamento se repetir. São usadas outras ideias de *Skinner* como estímulo discriminativo, Reforçador, Controle de Estímulo, Extinção, Esquemas de reforçamento, modelagem de comportamento todos estes conceitos são aplicados no ABA para ajudar o indivíduo a aprender (LEAR,2014).

Para Lear (2014) o ABA é recomendado começar a usar com crianças pequenas mas não impede de usar em crianças maiores ou até mesmo em adultos o correto é realizar aplicação individual de um – para um, é importante que o ensino ocorra integralmente entre 30- 40 horas semanais, este programa não acontece estímulos aversivos apenas reforço positivo para premiar comportamento adequado, o currículo a ser trabalhado com o indivíduo depende da necessidade de cada um, mais geralmente é amplo e ajuda em habilidades acadêmicas, comunicação verbal, interação interpessoal, motoras e de brincar, é importante o envolvimento da família para o programa ter sucesso.

Segundo Lear (2014) uma das intervenções usadas pela ABA é o ensino por tentativas discretas (*Discrete trial Teaching –DTT*), esta intervenção tem um formato

estruturado, o facilitador que pode ser o professor ou os pais, irá dividir sequências complexas de aprendizagem em passos pequenos ou discretos ensinando um de cada vez, passo a passo, tentando quantas vezes for necessário fazendo várias tentativas, junto com reforçamento positivo e ajuda quando for necessário para alcançar o objetivo.

Segundo Vargas, Vargas, Knapp (2007) nenhum estímulo por si só causará uma resposta. Uma voz não é um estímulo a não ser que ocorra uma ação com relação a ela e então ação possa designar uma resposta. Os eventos estão interligados, uma criança que está emitindo sons os pais não se mobilizam, mas quando a criança emite uma palavra ela é abraçada e beijada, a mãe reforça o comportamento da criança a falar, daí vem ideia de comportamento verbal de *skinner*.

Esta teoria é colocada em prática com crianças autistas estimulando a sua comunicação verbal assertiva, apesar de levar o nome de comunicação verbal todos os tipos de comunicação entram nesse caso, sinais, gestos etc.... (LEAR,2014).

Segundo Lear (2014) o ABA subdivide o currículo do indivíduo em: habilidades de cuidados pessoais, habilidades, sociais, habilidades de linguagem, habilidades acadêmicas entre outras. Dentro de cada categoria irá organizar por nível de dificuldades, começa pelo básico e vai subindo gradativamente, estabelecendo as áreas que serão trabalhadas e os níveis. Todos os cooperadores devem falar a mesma língua e saber quais comportamentos assertivos esperar do indivíduo, dessa forma ele será reforçado por um tempo maior.

Usa-se estímulo discriminativo, que gera um estímulo que afeta as chances do comportamento ocorrer novamente, quando se escolher um programa para trabalhar com as crianças serão dadas quantas dicas forem necessárias, ajudando sempre que for necessário e reforçar o comportamento adequado assim, aumentando as chances desse comportamento ocorrer novamente. Sabe-se que a criança está pronta para próxima etapa, no período de três sessões sucessivas de 10 tentativas cada, deve-se registrar como a criança age em cada tentativa, as respostas podem ser, correta, incorreta, sem resposta, quando chega perto do comportamento desejado indica que ela está pronta para a próxima etapa. (LEAR,2014).

Segundo Fernandes (2010), PECS (sistema de comunicação através da troca de figura) foi criada para ajudar crianças e adultos com TEA ou outro tipo de transtorno que prejudique a comunicação, é recomendado para indivíduos que não se comunicam ou que possuem baixa eficiência na comunicação. O intuito do PECS é mostrar para a criança que através da comunicação ela irá conseguir mais rápido o que deseja, estimulando assim a comunicação, aumentando as chances de diminuir os problemas de conduta, pois o indivíduo com a capacidade de se comunicar não ficará tão ansioso em querer algo e não conseguir verbalizar para o outro. Tem crescido o número de aceitação pelo mundo pois, não precisa de materiais caros, é relativamente fácil de aprender, não precisa de um lugar específico para aplicar, se bem aplicado tem um grande ganho terapêutico na esfera da comunicação.

O treino através do PECS se divide em fases que são: primeira fase: fazer pedidos através da troca de figuras pelos itens desejados; segunda fase: ir até a tábua de comunicação, apanhar uma figura, ir a um adulto e entrega-la em sua mão; terceira fase: discriminar entre as figuras; quarta fase: solicitar itens utilizando várias palavras em frases simples, ficadas na tabua de comunicação; quinta fase: responder à pergunta “o que você quer?”; sexta fase: emitir comentários espontâneos, ou seja é um método que vai evoluindo gradativamente e é necessário um treino continuo para obtenção de resultados satisfatórios(BONDY; FROST,2001)

O Modelo Teacch, foi desenvolvido pelo Dr. Eric Schoppler, método se utiliza de uma avaliação chamada PEP.R (Perfil Psicoeducacional Revisado) com esta avaliação pode trabalhar levando em conta os pontos fortes e fracos. A base do Teacch é a organização do ambiente, através de rotinas utilizando-se quadros, painéis, agenda, tablet etc. O importante é encontrar a maneira mais fácil para crianças conseguir entender e assimilar o conteúdo passado (MELLO, 2001)

Principal objetivo do Teacch é ajudar a criança com o Espectro a crescer de uma forma mais funcional, gerar o máximo possível de autonomia na idade adulta, partindo para o lado educacional o Teacch ajuda a melhorar a capacidade de comunicação, desenvolver suas áreas fortes que geralmente são: memorização de rotinas e interesses especiais; lembrando que cada autista é único por isso a importância de realizar o PEP.R(MELLO, 2001).

A estratégia é usar um modelo de estrutura externa para ajudar a criança a organizar o seu espaço e suas atividades, dessa forma ela irá desenvolver estrutura interna, com o passar o tempo isso se tornara automático de modo que levará as habilidades aprendidas para fora da sala de aula, este é um trabalho árduo e depende de uma estimulação constante dos professores, devendo o trabalho continuar em casa com os responsáveis e todos os outros profissionais envolvidos no tratamento da criança. Este método irá proporcionar um ganho terapêutico para o paciente com TEA; apesar de não ser a cura, pode sim minimizar consideravelmente os comportamentos inadequados (MELLO, 2001).

Segundo Kwee et al (2009) o método Teacch foi criado pelo Dr. Eric Schoppler e colaboradores, em cuja época a sociedade americana acreditava que o autismo tinha causa emocional e que deveria ser tratado através da psicanálise, Schoppler não concordava com esta ideia e procurou outro meio de tratar o autismo. A pesquisa do Dr. Schoppler basicamente foi através de observação, ele observava os critérios de comportamentos das crianças e suas diferentes respostas a frente de estímulos e verificando a importâncias da participação dos pais para ajudar no tratamento. As suas teorias são baseadas no *Behaviorismo* e na Psicolinguística, o método usa descrições das condutas, usa de reforçadores, que deixa claro o uso do *Behaviorismo*. A parte da psicolinguística entra para ajudar na dificuldade com a comunicação que a criança com TEA possui.

Utilizando-se de recursos visuais primeiramente para criança entender e assim gerando uma interação entre pensamento e linguagem, e amplia sua capacidade de compreender o mundo através da visão, esta combinação entre *Behaviorismo* e Psicolinguística e a junção do conhecimento epistemológico do espectro, está ajudando muitas crianças a ter um ganho terapêutico significativo (KWEЕ et al 2009).

Atualmente o Teacch é um modelo que necessita de um trabalho multidisciplinar, além da cooperação dos responsáveis pelo indivíduo. A base do método é avaliatória, para poder saber quais são as habilidades desenvolvidas e quais as comprometidas; a partir disso terá um norte para trabalhar com ela. O intuito do método é melhorar as habilidades comprometidas, para que o indivíduo

possa ter uma vida mais funcional, devendo planejar estratégias para estruturar o meio que o indivíduo vive e assim tendo ganhos terapêuticos passo a passo, sendo importante que os profissionais envolvidos com tratamento sempre estejam capacitando os responsáveis (FERNANDES, 2010).

O Método *Son-Rise* é um programa mais pratica e dinâmico para o indivíduo com TEA, procura oferecer formas mais divertidas, criar dinâmicas envolvendo os responsáveis. As sessões do método *Son-Rise* são realizadas em espaços preparados para o indivíduo que seja confortável para ele, geralmente são realizadas na casa do indivíduo, (quarto de brincar) dessa forma não tem perigo de estranhar o local, um ambiente controlado e assim pode-se diminuir estimulação sensorial (TOLEZANI,2010).

Este método no começo abrange as brincadeiras e jogos que a criança já gosta. A princípio o adulto irá se juntar na brincadeira tomando atitude, o intuito é que com o passar o tempo a criança tome atitude de se socializar, quando a criança demonstrar interesse é importante que o adulto reforce este comportamento. Método *Son-Rise* parte de pressuposto que combinar motivações internas do indivíduo a interação social terá ganhos no aspecto social (HOUGHTON, 2008).

As crianças com TEA geralmente são muito focadas em áreas particulares de motivação, muitas vezes chegam a ficar obsessivas, as abordagens geralmente tentam extinguir estes comportamentos em uma tentativa de melhorar o seu desempenho, O Método *Son-Rise* considera isso como uma forma de fazer conexão com a crianças, se trabalhando dessa forma poderá ocorrer trocas sociais mais espontâneas (HOUGHTON, 2008).

Segundo Baker, Koegel R.I, Koegel, L.K(1998) utilizaram os interesses obsessivos de um grupo, transformando em jogos para poderem brincar com seus colegas, no começo a interação social foi mínima, com o passar o tempo teve ganho significativo. Depois do teste as crianças continuaram tendo um aumento na interação social, se envolvendo com outros jogos, o autor traz uma visão diferenciado do comportamento obsessivo em indivíduos com TEA, o que para as outras abordagens e métodos é um problema, para o *Son-Rise* é uma ferramenta de trabalho para ajudar o indivíduo a melhorar a sua socialização, é importante inovar,

deve-se ter criatividade, se fizer a mesma coisa que os demais fazem terá o mesmo resultado, o *Son-Rise* tem este objetivo de trazer algo diferenciando e vem apresentando bons resultados.

O indivíduo com TEA, pode apresentar três estados de comportamento, a saber: rígida repetitiva, isolado e altamente conectado. Quando está no rígida repetitiva apresenta movimento estereotipado, para o indivíduo isso é prazeroso, uma forma de se aliviar do stress. Pode até interagir com quem estiver perto, porém o seu foco é repetir o movimento, quando estiver nesse estado não aceita nenhuma mudança (SANTIAGO; TOLEZANI,2011).

Quando a criança, jovem ou adulto com TEA entra em um estado de isolamento é para realizar autorregulação, é importante que os adultos se junte a ele, mostrando aceitação. Este momento é importante para perceber quais são suas preferências sensoriais para poder planejar uma intervenção (SANTIAGO e TOLEZANI,2011).

Para conseguir elaborar estratégias motivadoras deve-se usar de meios que a criança demonstra interesse, o mais importante é que deve ser focado na pessoa que tem laços afetivos e costuma brincar com a criança, o foco vai ser a pessoa e não o objeto que está sendo usado. No começo será dado um passo por vez, o importante é a tentativa de participação da criança, depois vai começar a solicitar algo para ele vai aumentando gradativamente (SANTIAGO; TOLEZANI,2011).

Como o método son-rise tem o foco na criança, levando isso em consideração as brincadeiras os métodos usados devem ser do gosto particular dela, deve ser algo espontâneo a criança deve escolher quando começar e quando terminar, este é o ponto que este método se diferencia dos demais (BECKWITH; COHEN, 1992).

Para o método funcionar adequadamente o adulto só pode responder recorrente de um comportamento espontâneo da criança, ou seja, o adulto só responde se a criança emitir um gesto físico como pegar um objeto, balbuciar algo, repetir uma palavra ou realizar uma ação. A forma como o adulto respondera ao comportamento da criança deve ser usado a mesma intensidade, se a criança estiver sorridente o adulto deve demonstrar felicidade e euforia, se criança esboçar apenas um sorriso leve o adulto deve se comportar na mesma intensidade que a

criança (TRIVETTE,2003).

Segundo Trivette (2003) analisou 13 estudos de métodos semelhantes ao todo 1.336 crianças, todos demonstram um ganho terapêutico no desenvolvimento sócio emocional e na questão cognitiva das crianças observadas, com a pesquisa que o autor traz pode se perceber a eficácia da técnica *Son-Rise* e seus ganhos terapêuticos.

Segundo Siller e Sigman (2002) realizaram um estudo por longo tempo e observaram, que a medida que os responsáveis das crianças com o espectro interagem de forma responsiva, melhorava a interação social, comunicação e cognição das crianças, nesse estudo foi observado crianças entre 1 a 12 anos de idades.

A questão das crianças com o espectro autismo ter movimento estereotipado, rituais, não são crises, birras e nada por acaso, na verdade é a tentativa do indivíduo de se estabelecer no mundo caótico e cheio de estímulos que ela vive, estes comportamentos ajudam a mente do indivíduo com espectro a se regular (BARON-COHEN, 2004).

O cotidiano na sociedade não existe padrão fixo, é cheio de variáveis e de estímulos diversos, para criança com o espectro isso é um pesadelo, para ela sentir vontade de participar desse mundo ela deve se sentir no mínimo confortável. Método *Son-Rise* tenta proporcionar isso, quando a criança entra no seu ambiente confortável ela e se desliga da interação, o responsável permite este momento para ela, sem forçar uma interação, na verdade o responsável está deixando a criança desenvolver seu controle sobre o mundo, o qual antes ela não tinha controle, que gera conforto para criança, dessa forma foi criado um alicerce para manter um contato recíproco diante a sociedade (DAWSON; GALPERT,1990).

Segundo Houghton (2008) aceitação dos pais ou responsáveis é de extrema importância para que aconteça o método de responsivo e interação com a criança, os responsáveis não podem rotular a criança a nem julgá-la por sua condição, quando os pais não aceitam, a criança pode até entender o método cognitivamente mas terá dificuldade no momento em que for colocá-lo em prática.

Uma característica importante é o responsável ter prazer genuíno em estar

com a criança, isso ajuda a criar um vínculo verdadeiro, isso vai ajudar a desenvolver uma orientação social mais adequada e sucessivamente terá melhores resultados na aprendizagem cognitiva, apreendendo novas habilidades (HOUGHTON,2008).

Uma criança típica aprende através de estímulos sociais, demonstrando afetos para com os adultos e consegue interpretar suas emoções positivas ou negativas (KASARI et al, 1990). Isso não acontece com crianças com TEA, ela geralmente tem pouca interação social e afetiva com os adultos, quando acontece é por um curto período de tempo, dessa forma não tem muito estímulo positivo associado a interação social (DAWSON et al, 2004).

Isto decorre pelo fato da demonstração de afeto ser muito complexa para criança com o espectro e de difícil interpretação pois, este excesso de estímulos, por vezes, a incomoda (DAWSON; LEWY,1989).

As crianças com TEA geralmente não demonstram emoção positiva quando estão fazendo contato visual com a mãe ou outra pessoa (KASARI et al, 1999). Por causa disso as mães de crianças com o Espectro geralmente não respondem o sorriso de seus filhos (as) (DAWSON et al, 2004). É provável que isso ocorra, pois, o sorriso da criança não vem acompanhado com o olhar, por este motivo a mãe não considera o sorriso dela uma demonstração de afeto. Desde de cedo a criança com o espectro parece não experimentar o sentimento da alegria (GOLDSMITH; ROGOFF,1997).

Segundo Houghton (2008) o método *Son-Rise* é de extrema importância para compensar esta falta de afeto que o indivíduo não recebeu na primeira infância. Toda vez que a criança estiver no (quarto de brincar) e tentar fazer um contato social, deve-se celebrar com demonstração visual e auditiva da felicidade do facilitador, isso deve ser adequado a cada criança, deve-se tomar cuidado para não assustar a criança.

Segundo Piaget (1952) a repetição é algo natural no desenvolvimento da criança. Crianças típicas mostram um certo comportamento estereotipado, cada um de uma forma diferente, estes comportamentos marcam as fases do desenvolvimento de cada criança que se orientam através destes comportamentos

até ganharem noção corporal do desenvolvimento neuromuscular e percepção para prever as consequências de seus movimentos (THELEN,1979).

Segundo Militeri et al, (2002) crianças com TEA entre 2 a 4 anos de idade, tendem a repetir comportamentos sensoriais, enquanto crianças na idade entre 7 a 11 anos tendem a repetir comportamentos mais complexos, levanta a hipótese que estes comportamentos repetitivos são semelhantes aos comportamentos de crianças típicas, o que se difere é a intensidade com que o indivíduo com espectro repete esses comportamentos.

Segundo Hirstein et al (2001) comportamento estereotipado das crianças com TEA é na tentativa de controlar a falha de se governar.

Hirstein et al (2001) realizou uma pesquisa para medir as respostas galvânicas da pele (GSR) este aparelho serve para medir as glândulas que produzem suor nas palmas das mãos e pontas dos dedos, que são mais sensíveis às emoções, a pesquisa foi realizada em dois grupos um com típicas e outro com crianças com TEA, no experimento foi verificado que as GSRs das crianças com espectro começaram a subir e não pararam, enquanto as crianças típicas as GSRs se mantiveram como no começo.

O resultado obtido com a pesquisa foi que quando as crianças com o Espectro realizam seus movimentos repetitivos os níveis de GSR diminuem, isso faz com que a criança com TEA possa se acalmar. Se a criança for impedida de realizar seus movimentos repetitivos, isso aumentará seu nível de cortisol e adrenalina por consequência a criança terá dificuldade para aprender e lembrar (HIRSTEIN et al,2001).

Para o *Son-Rise* os comportamentos repetitivos servem para construir uma ligação para formar uma interação social mais ampla, quando se fala em aceitar o indivíduo com espectro isso envolve aceitar seus movimentos estereotipados, não se deve parar a criança quando ela realizar estes comportamentos. Uma forma de realizar um contato com a criança é repetir os movimentos junto com ela desta forma mostrará afeto e ganhará a sua confiança, este método é completamente diferente das demais abordagens, porém tem demonstrado resultados satisfatórios (HOUGHTON,2008).

Segundo Dawson e Adams (1984) crianças com o Espectro Autista tem um nível baixo de capacidade para imitar os demais, no experimento as crianças demonstraram maior contato social quando os experimentadores os imitavam e chegavam até manter contato ocular por algum tempo, ou seja, ocorre um nível maior de interação social quando o outro imita a criança.

Dawson e Galpert (1990) realizaram um experimento ao qual pediram para os responsáveis pelas crianças com o espectro que as imitassem nas brincadeiras e movimentos por pelo menos 20 minutos por dia, no período de duas semanas, foi observado que as crianças mantinham um maior contato visual e físico enquanto estavam imitando eles, após duas semanas deste experimento os pesquisadores relataram que ocorreu um aumento do contato físico e visual com os responsáveis das crianças, segundo a pesquisa que o autor relatou pode-se notar a eficácia de ter uma interação com a criança e respeitando o seu limite o seu tempo, primeiro é necessário dar atenção e tempo para depois colher os frutos.

Segundo Trivette (2003) trabalhar com método de responsivo requer uma resposta do mesmo nível, para trabalhar com *Son-Rise* necessita de sensibilidade, isso inclui ser sensível com o isolamento da criança também, quando ela se isola é por que não está preparada para manter contato com meio externo e não quer receber muitos estímulos, os responsáveis devem aceitar este momento dela mas sempre compartilhando afeto, se o isolamento veem acompanhado de algum movimento repetitivo com a criança, no momento certo ela apresentará formas de comunicação mais complexas como linguagem verbal ou contato físico.

2.5. Espectro Autista e Estresse Familiar

O nascimento de um filho (a) geralmente é cercado de muito amor e expectativa, os pais já começam a fazer planos para o seu futuro, quando recebem um diagnóstico que seu filho (a) tem algum comprometimento no desenvolvimento, gerando sofrimento, angustia e desespero pois sabe que isso trará mais gastos financeiros (BUSCAGLIA,1993).

O indivíduo com TEA pode apresentar sintomas como isolamento social, déficit qualitativo e quantitativo de comunicação, padrões de comportamento, atividades e

interesses restritos e estereotipados (FERNANDES,2010).

Quando os pais recebem o diagnóstico que seu filho tem TEA, que ocorre a partir dos 18 meses de vida da criança, os pais já viveram um bom tempo com a criança sem receber este diagnóstico, é algo que abala a estrutura familiar, agora eles terão que vivenciar o luto daquele filho típico que idealizaram, providenciar as modificações no âmbito familiar (BUSCAGLIA,1993).

Segundo Glat e Duque (2003) quando os pais recebem o diagnóstico que o filho tem TEA, acontece uma perda da identidade de cada membro do núcleo familiar, o indivíduo com o Espectro se torna o centro, desta forma os pais se tornam os pais da criança com TEA, os irmãos se tornam os irmãos da criança com TEA.

Cada membro da família recebe e reage de forma diferente a notícia de um membro da família com TEA, geralmente o peso maior cai sobre a mãe (SERRA,2010).

Os estudos realizados por Bristol e Schopler (1983) relatam que os familiares de crianças com TEA apresentam um nível de estresse mais elevado do que famílias com crianças típicas ou com crianças com síndrome de Down, assim demonstraram que o estresse não vem pelo atrasado do desenvolvimento apenas, mas pelas características do indivíduo com o Espectro, atingindo de forma mais avassaladora os familiares.

A pesquisa realizada por DeMyer (1979) utilizou um grupo de familiares com crianças com o Espectro Autista e um grupo controle, pode-se observar que as mães com filhos com TEA demonstram um nível maior de stress e tensão física do que as mães do grupo controle, além de demonstrarem maior incerteza em relação as suas habilidades como mãe, os pais das crianças com o Espectro também demonstrando um nível maior de estresse, porém, por causa da esposa.

Segundo Konstantareas e Homatidis (1989) as mães de crianças com TEA, geralmente acabam assumindo as responsabilidades dos filhos para si, as mesmas reclamam de carregar o fardo sozinhas, elas queriam um suporte de seus cônjuges. Através das entrevistas semi- estruturadas foi constatado que uma das maiores queixas das mães, é que elas desejam obter ajuda paterna, sem precisar ficar pedindo, assim podendo gerar alívio, há o desejo de que a figura paterna se

posicione de forma mais ativa e espontânea na educação, pois as responsabilidades são muito grandes para apenas uma pessoa.

Milgram e Atzil (1988), entrevistaram os pais das crianças com TEA, que relataram considerar justa sua menor participação pois a responsabilidade financeira acaba caindo toda para o pai, isso gera uma tensão emocional que acarreta na dificuldade de contribuir mais presentemente na criação e educação do filho.

Segundo Silva e Dessen (2003) o fato de ter uma criança com o transtorno do desenvolvimento como TEA em casa, pode ser um estressor em potencial, este (gatilho) pode ou não ser acionado. Isso vai depender do grau do Espectro, como é a personalidade dos pais ou cuidadores da criança, meio social e econômica influenciam se vai disparar o gatilho estressor ou não.

Um estudo realizado por Gomes e Bosa (2002) investigara como os irmãos dos indivíduos com TEA, lidam com a situação, em sua grande maioria o fato de ter irmão (a) portador do Espectro não causa estresse e nem tensão física, os estresses que eles relataram foram em relação a conflito com os pais, punições que acham injustas etc. O fato de ter irmãos com TEA não agrava seus níveis de estresses.

A pesquisa realizada por Factor e colaboradores (1990) avaliaram e entrevistaram separadamente 36 pais e mães de crianças com TEA, o resultado foi que não tinha diferença significativa de níveis de estresses entre ambos. Estes dados vão de contrapondo com as pesquisas de (KONSTANTAREAS & HOMATIDIS 1989; DEMYER 1979; MILGRAM & ATZIL 1988; BRISTOL & SCHOPLER 1983).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos estabelecidos para realizar o artigo foram concluídos, a presente pesquisa levantou algumas das formas para realizar o diagnóstico de TEA, apresentando as principais formas de tratamento, e estabelecendo, através de levantamento bibliográfico, que o fato de ter um membro na família com TEA não necessariamente será este um gerador de estresse, tudo pode estar relacionado ao contexto sociocultural, econômico que a família está inserida.

Faz 74 anos que a primeira pessoa com autismo foi diagnosticada, e ainda não

se sabe ao certo sua causa etiológica e não possui exames específicos para diagnosticar o TEA. A avaliação neuropsicológica, os questionários e as escalas se tornam a base para um diagnóstico confiável.

Os métodos de tratamento para o TEA apresentados no presente artigo demonstram sua eficácia, o ABA é uma abordagem mecânica, que acaba por enquadrar a criança dentro do método, tem resultados excelentes; o método Son-Rise é o contrário do ABA, é um método mais humanizado onde o terapeuta deve se adequar ao jeito da criança, no aspecto interação social possuindo resultados excelentes.

Há necessidade de mais pesquisas a respeito de questionários e escalas para avaliação neuropsicológica, é um campo em desenvolvimento ainda, tem potencial para facilitar o diagnóstico de TEA, as técnicas para tratamento de TEA deve-se pesquisar mais formas de tratamento e com isso melhorar as que já existem e contribuir para o surgimento de novas técnicas e métodos de tratamento.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical **Manual of Mental disorders- DSM-5. 5th.ed**: Washington: American Psychiatric Association, 2013.

BAPTISTA, C.R. BOSA, C. “**Autismo e Educação: Reflexões e propostas de intervenção**”; Porto Alegre: Artemed, 2002.

BARON-COHEN, S. The cognitive neuroscience of Autism. **Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry** .2004.

BARON-COHEN, S., WEELWRIGHT, S., COX, A., BAIRD, G., CHARMAN, T., SWETTENHAM, J., DREW, A., E DOEHRING, P. Early identification os autism by the checklist for autism in toddlers (CHAT). **Journal of the Royal Sociely of Medicine**. 2000.

BECKER, M.M., WAGNER, M.B. RIESGO, R.S. **Tradução e validação da entrevista: Autism Diagnostic Interview-Revised (ADIR) para diagnóstico de autismo no Brasil**, 2010.

BECKWITH, L. COHEN, S.E. Maternal responsiveness with preterm infants and later competency. In M.H. Bornstein (ED) **Maternal Responsiveness: characteristics and consequences. New Directions For Child Development**. 1992.

BRISTOL, M.M, SCHOPLER, E. A developmental perspective on stress and coping in families of autistic children. Em J. Blancher (org), **Severely handicapped Young children and their families: Academic Press. e critical: Orlando/Florida**. 1984.

BONDY, A; FROST,L.The Picture Exchange Communication System. **Behavior Modification**, v.25, n.5, p.725-744, 2001.

BRUNONI. Diagnóstico Etiológico dos transtornos do espectro do autismo: Quando e quais exames pedir. In **2º congresso internacional Sabará de especialidades pediátricas**. São Paulo. 2ª Congresso Internacional Sabará de Especialidades Pediátricas, 2014.

BURGES, P.W, ALDERMAN, N., EVANS, J., EMSLIE, H., E WILSON, B.A. The ecological validity of testes of executive function. **Journal of The International Neuropsychological Society**. 1998.

BUSCAGLIA, L. **Os deficientes e seus Pais. Um desafio ao aconselhamento**. Rio de Janeiro: Editora: Record.1993.

BYARD, K., FINE, H., EREED, J. Taking a developmental and systematic perspective on neuropsychological rehabilitation with children with brain injury and their families. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**. 2011.

CARAMAZZA, A. E COLTHEART, M. Cognitive Neuropsychology twenty years on. **Cognitive Neuropsychology**. 2006.

COUTINHO, J.V. BOSSO, R.S. Autismo e Genética: Uma revisão de literatura. **Ver. Cient. Itpa**. Araguaína, V8, nº1, Public.4 Jan de 2015. Disponível em <http://www.itpac.br/arquivos/coppex/revista%20volume%208/artigo4-1.pdf>. Acesso em 02 de setembro de 2017.

DAWSON. G. ADAMS. A. Imitation and social responsiveness in autistic children. **Journal of Abnormal Child Psychology**. 1984.

DAWSON. G. LEWY. A, Arousal: **Attention and the sócio-emotional impairments of individuals with Autism**. In: G. Dawson (Ed.) Autism, nature, diagnosis and treatment: New York: Guilford, 1989.

DAWSON. G. TOTH, K. ABBOTT. R. OSTERLING. J. MUNSON. J. ESTES. A: et al Early social attention impairments in Autism: Social orienting, joint attention, and attention to distresses. **Developmental Psychology**. 2004.

DAWSON. G., WEBB, S.J., CARVER, L., PANAGIOTIDES, H., MCPARTLAND, J: Young Children With Autism show atypical Brain responses to fearful versus neutral expressions of emotion. **Developmental Science**. 2004.

DAWSON. G. GALPERT. L. MOTHERS: Use of imitative play for facilitating social responsiveness and toy play in Young autistic children. **Development and Psychopathology**. 1990.

DEMYER, M.K. **Parents and children in autism**. New York: Wiley, 1979.

EHLERS, F. GILLBERG, C., E WING, L. A screening questionnaire for asperger

syndrome and other high functioning autism spectrum disorders in school age childre. **Journal of Autism and Developmental Disorders**: 1999.

FERNANDES, S: **A adequabilidade do modelo teacch para promoção do desenvolvimento da criança com autismo**. Porto: [ed.autor], 2010. projecto de investigação no âmbito da pós- graduação em Educação Especial da Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti.Disponível em <http://repositorio.esepf.pt/jspui/bitstream/20.500.11796/796/2/PG-EE_2010_SalomeFernandes.pdf> acesso em 07 de setembro de 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4º Ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GLAT, R. E DUQUE, M.A. **Convivendo com filhos especiais: o Olhar paterno**. Rio de Janeiro: Sette Letras, 2003.

GODEFROY, O. Frontal syndrome and disordes of executive functions: **Journal of Neurology**. 2003.

GOLDSMITH, D.F. ROGOFF, B. “Mothers and toddlers” coordinated joint focus of attention: Variations with maternal dysphoric symptoms.**Developmental Psychology**. 1997.

GUERREIRO, M.M; **Abordagem Neurológica na Síndrome do X frágil**. (Doutorado em Medicina) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 1993.

GUPTA, A. R. E, MATTHEW. W. Autismo: genética. **Rev. Bras. Psiquiátrica**, São Paulo, v. 28, supl. 1, p. s29-s38, maio de 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000500005&lng=pt_BR&nrm=iso>. acesso em 04 de setembro de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006000500005>.

HIRSTEIN,W. IVERSON,P. RAMACHANDRAN,V.S. **Autonomic responses of autistic children in response to people and objects**. Proc. R. Soc. Lond. B. 2001.

HOUGHTON, K. **Pesquisa empírica de apoio ao programa Son-Rise**.

Massachusetts: The Autism Treatment Center of America Sheffied, 2008. Disponível em: <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2009/11/autismo-metodo-son-rise.pdf>. Acesso em: 07 de setembro de 2017.

KASARI. C. SIGMAN. M., MUNDY, P. YIRMIYA.N. Affective Shaing in the contexto of joint attention interactions of normal, autistic and mentally retarded children, **Journal of Autism and Developmental Disorders**. 1990.

KOEGEL. R.L.KOEGEL, L.K.CARTER, C.M. **Pivotal responses and The natural language teaching paradigm**. Seminars in Speech and Language.1998.

LEAR, K **“Ajude-nos a Aprender”**: **Manual e treinamento em ABA**: Tradução de WINDHOLZ. M. H., VATAVUK. M. de C., DIAS. I. de S., FILHO. A. de P. G., ESMERALDA. A. V. Toronto: Ontario- Canada, 2ª edição: 2004.

LORD, C., RUTTER, M., DILAVORE, P., RISI, S. Autism Diagnostic Observation Schedule CA: **Western Psychological Services**, Los Angeles, 1999.

MELLO, A.M: **“Autismo ”**: 2ª Edição Guia prático, São Paulo, 2001.

MILITERNI, R., BRAVACCIO, C., FALCO, C., FICO, C. PALATERNI, M.T. Repetitive behaviors in autistic disorder. **European Child and Adolescent Psychiatry**. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10: **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª rev. São Paulo: Universidade de São Paulo: v.2 .1997.

PENNINGTON. B.F. OZONOFF. S. Executive functions and developmental psychopathology. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. 1996.

PEREIRA, A., RIESGO, R.S e WAGNER, M.B. Autismo infantil: tradução e validação da Childhood Autism Rating Scale para o uso no Brasil. **Jornal de pediatria**. Rio de Janeiro. V 84, nº 6. 2008.

PIAGET, J. **The Origins of Intelligence in Children**. New York: International Universities Press, 1952.

SANTIAGO, J. A.; TOLEZANI, M. “Encorajando a criança a desenvolver habilidades sociais no programa Son-Rise, **Revista Autismo: informação gerando ação**: São Paulo: ano 1, v.1. 2011.

SCHOPLER, E., REICHLER, R.J., BASHFORD, A., LANSING, M.D E MARCUS, L.M. Psychoeducational Profile Revised (PEP-R), **Proed**: Texas: 1990.

SIGMAN, M., SPENCE, S.J E WANG, A, T. Autism form developmental and neuropsychological perspective. **Annual Reviews of Clinical Psychology**: 2006.

SILLER, M. SIGMAN. M. The behaviors of parents of children with Autism predict the subsequent development of their children’s communication. **Journal of Autism and Developmental Disorders**. 2002.

SILVA, N.L. DESSEN, M.A. Crianças com síndrome de Down e suas interações familiares. **Psicologia: Reflexão e Crítica**: 2003.

SOLÍS-AÑEZ, E; DELGADO. L, W.; HERNÁNDEZ, M. L. Autismo Cromossoma: 15y la hipótesis de disfunción, Gabaérgica. Revision: **Investigation clinical**: V48, nº4.2007.

THELEN, E. Rhythmical stereotypies in normal human infants. **Animal Behavior**. 1979.

TOLEZANI, M. “Son-Rise uma abordagem inovadora”. **Revista Autismo: informação gerando ação**: São Paulo, ano 1. 2010.

TRIVETTE, C.M. Influence OF Caregiver responsiveness on the development of Young children whith ora t risk for developmental disabilities. **Bridges**, 1 (3). 2003.

VARGAS, E.A, VARGAS, J.S, KANAPP, T.J, “ **Analise o comportamento verbal segundo B.F Skinner: um estudo**”, Belo horizonte, Vol IX, nº 2. abr/2008. v. 25, n. 4, p. 585-593. Out/Dez. 2008.