

1) Título da Mesa: AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DISTÍMICO E SUAS RELAÇÕES COM CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS.

2) Coordenadora:

Mara Rúbia Orsini, mararubia.mr@gmail.com, Fax: (62) 3281-3726, fones: (62) 8404-8002, (62) 3523-9963 (Universidade Federal de Goiás – UFG, coordenadora do grupo de pesquisa CNPq/UFG: Laboratório de avaliação, pesquisa e intervenção em Saúde Mental e Personalidade – LabSAMP).

3) Títulos dos Trabalhos.

3.1) RELEVÂNCIA DOS CONTEÚDOS VIVENCIAIS DE PACIENTES COM TRANSTORNO DISTÍMICO PARA VALIDAÇÃO DE CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS.

Miguel Augusto Rios, médico psiquiatra, diretor técnico da Clínica Jardim América, Goiânia, Goiás; pesquisador LabSAMP – CNPq/UFG. Fone 62 3257-2900. soiram@uol.com.br; Mara Rúbia Orsini (Universidade Federal de Goiás – UFG, psicóloga coordenadora LabSAMP – CNPq/UFG); Cecília Rodrigues Ribeiro (psicóloga pesquisadora LabSAMP – CNPq/UFG).

3.2) DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DAS CLASSES ANALISADAS PELO ALCESTE, A PARTIR DE ENTREVISTAS COM PACIENTES DISTÍMICOS.

Cecília Rodrigues Ribeiro (psicóloga pesquisadora LabSAMP – CNPq/UFG) cecilia.rodrigues.ribeiro@gmail.com fax: 3093-5542, fones: (62) 8117-4348, (62) 3241-6530, Mara Rúbia Orsini (Universidade Federal de Goiás – UFG, psicóloga coordenadora LabSAMP – CNPq/UFG); Cíntia Ribeiro Martins (Faculdade Nobre de Feira de Santana – FAN, psicóloga pesquisadora LabSAMP – CNPq/UFG); Miguel Augusto Rios (médico psiquiatra, diretor técnico da Clínica Jardim América; pesquisador LabSAMP).

3.3) ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO OBSERVADAS NO TRANSTORNO DISTÍMICO.

Vanessa Favoretto (Hospital de Urgência de Aparecida de Goiânia, psicóloga pesquisadora LabSAMP – CNPq/UFG); Mara Rúbia Orsini (Universidade Federal de Goiás – UFG, psicóloga coordenadora LabSAMP – CNPq/UFG); Cíntia Ribeiro Martins (Faculdade Nobre de Feira de Santana – FAN, psicóloga pesquisadora LabSAMP – CNPq/UFG).

3.4) AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES AFETIVAS PRESENTES NO FUNCIONAMENTO DO PENSAR DEPRESSIVO E SUA IMPORTÂNCIA NO PSICODIAGNÓSTICO.

Mara Rúbia Orsini (Universidade Federal de Goiás – UFG, psicóloga coordenadora LabSAMP – CNPq/UFG) mararubia.mr@gmail.com, Fax: (62) 3281-3726, fones: (62) 8404-8002, (62) 3523-9963, Cecília Rodrigues Ribeiro (psicóloga pesquisadora LabSAMP – CNPq/UFG); Miguel Augusto Rios (médico psiquiatra, diretor técnico da Clínica Jardim América; pesquisador LabSAMP).

4) Resumo da mesa.

A distímia é uma categoria diagnóstica presente nos atuais sistemas de classificação que aguarda melhor validação. Este estudo discute as possibilidades de diferenciação entre distímia e Depressão Maior, não apenas em termos de gravidade ou tempo, mas principalmente, em termos qualitativos. Posto isto, propõe-se que a distímia possa ser mais bem estudada mediante a avaliação dos conteúdos vivenciais do sujeito. Discutem-se, ainda, resultados da análise textual do *software* Alceste.

5) Resumo dos trabalhos:

RELEVÂNCIA DOS CONTEÚDOS VIVENCIAIS DE PACIENTES COM TRANSTORNO DISTÍMICO PARA VALIDAÇÃO DE CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS.

Miguel Augusto Rios, médico psiquiatra, diretor técnico da Clínica Jardim América, Goiânia, Goiás. Fone 62 3257-2900. soiram@uol.com.br; Mara Rúbia Orsini (Universidade Federal de Goiás – UFG, psicóloga coordenadora LabSAMP – CNPq/UFG); Cecília Rodrigues Ribeiro (psicóloga pesquisadora LabSAMP – CNPq/UFG).

De acordo com os modelos atuais de classificação nosológica, o Transtorno Distímico caracteriza-se pela presença de uma sintomatologia depressiva leve, porém com uma permanência de sintomas mais prolongada em relação à Depressão Maior (no mínimo 2 anos). A distímia também tem sido mais caracterizada por seus sintomas (relato subjetivo) do que sinais. Alguns autores relataram um predomínio de queixas cognitivas e emocionais sobre os sintomas neurovegetativos, sendo esta uma distinção importante deste transtorno, em relação à Depressão Maior. Vê-se que a distímia, assim como os transtornos mentais, de um modo geral, possui características etiológicas complexas e multideterminadas, envolvendo diferentes fatores bio-psíquico-sociais/culturais. O DSM – IV, inclusive, colocou em aberto a possibilidade de incluir sintomas cognitivos e emocionais (apêndice B) como critérios diagnósticos para a Distímia que aguardam futuros estudos para sua inclusão. Pode-se perceber, também, uma distinção *qualitativa* da distímia, em relação à depressão maior. Qualitativa no sentido de uma diferenciação não somente em termos de duração temporal e gravidade sintomatológica, típica do modelo neurocientífico, prevalente na atualidade. Trata-se de retornar-se a uma dicotomia (proposta, por exemplo, por Kurt Schneider) que separa aquilo que são conteúdos vivenciais, isto é: modos de ser do indivíduo, compreensíveis no contexto de sua personalidade, de suas experiências de vida, e sintomas, ou seja: depressão vista como a expressão de uma disfunção cerebral (sintoma de uma enfermidade presumida). A partir deste questionamento, este trabalho propõe uma delimitação qualitativa das diferentes categorias formuladas em torno do construto “depressão” situadas nos atuais Manuais de Diagnóstico. Esta discussão faz-se relevante no momento, particularmente, em vista das elaborações em andamento para as formulações das futuras edições tanto do DSM-V quanto da CID-11. Em linhas gerais, objetiva-se traçar uma diferenciação entre um construto psicológico (distímia) e outro que é médico (depressão como enfermidade). O que se observa é que a mera diferenciação entre duração e severidade sintomatológica parece ser insuficiente na delimitação diagnóstica da distímia. Diante disto, torna-se importante a exploração mais acurada das experiências subjetivas do distímico, reveladas em seu discurso. Esta delimitação pode propiciar, inclusive, subsídios para a construção de instrumentos psicológicos que explorem melhor esses conteúdos vivenciais.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DAS CLASSES ANALISADAS PELO ALCESTE, A PARTIR DE ENTREVISTAS COM PACIENTES DISTÍMICOS.

Cecília Rodrigues Ribeiro (psicóloga pesquisadora LabSAMP – CNPq/UFG) cecilia.rodrigues.ribeiro@gmail.com fax: 3093-5542, fones: (62) 8117-4348, (62) 3241-6530, Mara Rúbia Orsini (Universidade Federal de Goiás – UFG, psicóloga coordenadora LabSAMP – CNPq/UFG); Cíntia Rbeiro Martins (Faculdade Nobre de Feira de Santana – FAN, psicóloga pesquisadora LabSAMP – CNPq/UFG); Miguel Augusto Rios (médico psiquiatra, diretor técnico da Clínica Jardim América; pesquisador LabSAMP).

Os sintomas distímicos podem ser descritos como mais subjetivos do que objetivos e são egossintônicos para o sujeito. Estes sintomas, frequentemente, só podem ser conhecidos pelo relato do indivíduo, como em uma entrevista diagnóstica. Estas entrevistas exploram a história de vida do paciente (HV) e são divididas em eixos temáticos: História das Dificuldades Atuais - HDA (queixa); Antecedentes Pessoais e Antecedentes Familiares, Conjugais e Psicopatológicos. Como a Distímia apresenta-se, fundamentalmente, como percepção subjetiva, acessada através do relato, o recorte mais fidedigno da entrevista para obterem-se informações da vivência do transtorno seria através do relato da queixa. Ou seja: para explorarem-se os conteúdos vivenciais, deve-se avaliar o discurso para além da mera checagem de sintomas listados em um inventário. Tal procedimento avaliativo possibilita apreciar mais qualitativamente este discurso. Assim, o objetivo deste trabalho é avaliar, a partir de entrevistas com pacientes distímicos, os aspectos relativos à seção do HDA para melhor delimitar características diagnósticas, com vistas a uma identificação do conteúdo que caracterize as vivências do paciente em relação a seu sofrimento. Para tanto, utilizou-se o *software* Alceste (Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto) que constitui uma metodologia de análise para dados qualitativos, mas que se apóia também em procedimentos estatísticos (*chi-quadrado* e análise fatorial por correspondência). Uma análise desta natureza traz maior rigor estatístico – sem que haja perda ou empobrecimento na interpretação – a um procedimento que, antes, dependia *somente* do julgamento do pesquisador. Neste estudo, foram analisadas 24 entrevistas e formaram-se 5 classes. Na classe 1 (percepção da cronicidade da doença e suas conseqüências) os relatos centram-se

nas atividades cotidianas, marcadas pelo isolamento e perfeccionismo, ao longo da vida do sujeito. A classe 2 (auto-percepção) descreve os sentimentos e pensamentos do paciente em relação à si mesmo. Geralmente, encontram-se sentimentos de tristeza, nervosismo, baixa auto-estima e desânimo. Na classe 3 (relações familiares) aparecem, principalmente, as relações parentais, relatadas como conflitantes, rígidas e até mesmo violentas. A classe 4 (rotina do paciente) descreve as atividades cotidianas em que se configura um afastamento das relações sociais e o conseqüente sentimento de solidão. A classe 5 (tratamento da Distímia e formas de enfrentamento) possui léxicos descritores do transtorno e do tratamento focado na farmacologia, bem como corresponde às formas de enfrentamento do sofrimento. São apresentados, também, resultados sobre as relações entre essas classes. Pode-se perceber, no discurso desses pacientes, enquanto um grupo típico, que para relatar a queixa e os desdobramentos do transtorno, o indivíduo faz uma relação com sua HV. Esta aparece marcada pela rigidez parental, seguida da rotina de isolamento. E, por fim, uma percepção de tristeza, irritação e desânimo ligados, estreitamente, à percepção da cronicidade do transtorno. Diante disso, observa-se que este recorte, feito pelo paciente, propicia um nível de compreensão que vai além da pura descrição sintomatológica. Capturam-se com maior precisão os conteúdos vivencias que são mais bem acessados no discurso relatado pelo próprio indivíduo. Este recorte pode ampliar a compreensão do transtorno, além de dar subsídios mais contextualizados para intervenções terapêuticas.

AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES AFETIVAS PRESENTES NO FUNCIONAMENTO DO PENSAR DEPRESSIVO E SUA IMPORTÂNCIA NO PSICODIAGNÓSTICO.

Mara Rúbia Orsini (Universidade Federal de Goiás – UFG, psicóloga coordenadora LabSAMP – CNPq/UFG) mararubia.mr@gmail.com, Fax: (62) 3281-3726, fones: (62) 8404-8002, (62) 3523-9963, Cecília Rodrigues Ribeiro (psicóloga pesquisadora LabSAMP – CNPq/UFG); Miguel Augusto Rios (médico psiquiatra, diretor técnico da Clínica Jardim América; pesquisador LabSAMP).

Os conteúdos vivenciais constituem uma alternativa importante na avaliação da distímia. Algumas dimensões características do modo de funcionamento do pensar depressivo apresentam aspectos que podem ser fonte de conhecimento útil para o psicodiagnóstico e consequentes intervenções mais eficazes. No estudo das cinco categorias lexicais, advindas do relato da queixa de 24 pacientes distímicos (analisadas pelo *software* Alceste) observou-se que a baixa auto-estima, o perfeccionismo, a dificuldade nas relações interpessoais são vivências afetivas estreitamente relacionadas ao *modus operandi* do funcionamento depressivo. O presente estudo tem por objetivo explorar, mais detidamente, os fatores relacionados ao padrão típico desse grupo diagnóstico. Pode-se perceber que os sentimentos de baixa auto-estima tendem a configurar a leitura que o indivíduo acredita que o outro fará dele. O sentimento de inferioridade, por exemplo, é muito frequente no relato destes pacientes e termina por levar à formação de um círculo vicioso, onde: a baixa auto-estima levaria, seletivamente, à percepção negativa do mundo. Isto faria baixar mais a auto-estima que, por sua vez, conduziria à percepção negativa do julgamento do outro, fechando o círculo vicioso. Outro aspecto observado é que esses pacientes apresentam um alto nível de exigência consigo mesmos, o que acaba por conduzi-los a uma frustração constante que parece associada à cronicidade do curso da distímia. Outra característica avaliada, que se relaciona à cronicidade, típica do transtorno distímico, refere-se a algumas atitudes apresentadas por estes pacientes que podem ser entendidas como mantenedoras da sintomatologia depressiva. Dentre estas atitudes percebe-se, principalmente, o isolamento e o afastamento das relações sociais, devido ao viés no processamento típico dos estados depressivos. Ou seja, a tendência de supor que o outro, o mundo, só são fontes de mais frustração, a qual vai agravar seu sentimento de solidão e de baixa auto-estima. Vistas dessa forma, essas atitudes representariam um dos motivos que tornam difícil o prognóstico para o tratamento da distímia, na medida em que toda concepção ou leitura da realidade é sempre feita na direção de confirmar a própria distorção de sua visão de mundo, tornando o paciente um tanto refratário às intervenções terapêuticas. Diante disso, compreender os conteúdos vivenciais e esse modo de ser típico da distímia torna-se relevante, inclusive, para a criação de instrumentos de avaliação voltados não somente para aspectos de categorização e/ou descrição de sintomas. Mas que apreendam modos de funcionamento que possam, por exemplo, prever

características psicológicas que venham constituir fatores de risco e vulnerabilidade para o estabelecimento de patologias.