

ORDEM DE NASCIMENTO E RELACIONAMENTO FRATERNAL DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS

RICHARD E. BUCHER, Ph. D.
ANTONIO TERZIS

A esquizofrenia continua suscitando discussões, às vezes polêmicas, sobre a definição do próprio conceito e das suas implicações, ou ainda sobre a sua etiologia. Todavia, percebe-se hoje em dia um certo consenso sobre a pluri-dimensionalidade das causas que, numa interação complexa e ainda enigmática, produzem esta psicose. Este consenso geral é comprovado pela tendência de falar cada vez mais em termos de *etiopatogenia* e não mais de “causas” lineares ou unilaterais.

Na pluralidade dos fatores que intervêm nesta etiopatogenia da esquizofrenia, podemos distinguir globalmente dois campos, que recebem a preferência dos pesquisadores em função das premissas e interesses de cada um. De um lado, temos a abordagem que se orienta mais nas *ciências exatas*, nas áreas da bio-química, da neuro-fisiologia e da genética; de outro, os que se inspiram das *ciências humanas*. Aqui se destacam principalmente quatro dimensões: A *família* e sua influência, com ênfase na aprendizagem ou na comunicação; o *social* (p. ex. a noção de “papel social”) e os conflitos interpessoais; a análise dos conflitos intra-pessoais, numa visão *psico-dinâmica*, e finalmente a problemática *existencial* do esquizofrênico.

As oposições entre estes dois tipos de abordagem, se eles ainda existem, já não são mais da mesma veemência e intransigência como ocorria ainda alguns anos atrás: a impossibilidade de se chegar a uma definição causal restrita obrigou a alargar os horizontes de cada um. Os dois campos se encontram por exemplo quando se trata de discutir a influência da *hereditariedade*. Tradicionalmente, esta era considerada como área própria da biologia genética; as pesquisas das últimas décadas, estudando sobretudo a família do esquizofrênico, mostraram que a transmissão de certos traços familiares não é necessariamente ligada à bagagem genética, mas pode ser efetuada por outros veículos, como a pressão do grupo, a linguagem, as expectativas inconscientes, os desejos de dominação ou de vingança. Di Lascio (1975)⁴ lembra, aliás, que devem ser contados, entre os elementos psico-sociais também os que decorrem do contexto geográfico e cultural e que participam ativamente no espectro etiopatogênico da esquizofrenia.

Reiss (1976)¹², por sua vez, falando dos numerosos trabalhos sobre a família (e a mãe) do esquizofrênico, sublinha possibilidade de integrar os

trabalhos biológicos com os que investigam as anomalias da interação familiar. Ao seu ver, estas anomalias preenchem na patogênese da psicose um papel mais causal do que epifenomenal, sem pretender, todavia, excluir causalidades biológicas. Ademais, o fato bem conhecido das alterações biológicas observadas em certos doentes esquizofrênicos, não permitiu até hoje qualquer conclusão definitiva para saber se eles representam causas ou consequências da doença.

No estudo das estruturas familiares, vários autores chamam a atenção sobre a importância da *ordem de nascimento*. Contudo, as opiniões a este respeito estão longe da unanimidade, como lembrou ultimamente Sandler (1978)¹³.

Nos últimos 15 anos, a discussão surgiu na Inglaterra, com uma publicação de Sundararaj e Rao (1966)¹⁶ sobre "Ordem de nascimento e esquizofrenia"; o autor acredita ter descoberto uma anomalia na distribuição familiar dos doentes esquizofrênicos da Índia, sendo que os primogênitos seriam mais afetados.

Granville-Grossmann (1966)⁶, em trabalho publicado na mesma época, apresentou resultados contrários: numa população de 502 esquizofrênicos masculinos, posições posteriores na ordem de nascimento eram sobre-representadas, ao passo que nenhuma correlação era verificada em mulheres psicóticas. Solomon & Nuttall (1967)¹⁵ encontraram mais primogênitos entre 291 esquizofrênicos masculinos examinados, fato que eles relacionam com outros fatores pré-mórbidos e com a evolução para a cronicidade. Numa análise metodologicamente mais aprimorada, Barry & Barry (1967)¹ chegaram à conclusão que existe uma relação consistente entre o tamanho da família e o efeito da ordem de nascimento em esquizofrênicos. Em pacientes oriundos de famílias grandes, os últimos nascidos são mais afetados, Price & Hare (1969)¹⁰ acreditam que o aumento de doentes primogênitos observado na Índia por Sudararaj outros se explique pelo crescimento do número de casamentos e pela diminuição simultânea do tamanho familiar.

Portanto, movimentos demográficos (taxas de casamentos, de nascimentos e de mortalidade infantil) influenciam muito tais estatísticas. Hinshelwood (1972)⁸ contesta porém esta versão, alegando que, segundo levantamentos demográficos da Índia, o número de casamentos aumenta mais do que a população total, o que deve produzir uma redução do tamanho médio das famílias. Nas sociedades ocidentais, entretanto, a tendência seria contrária, o que resultaria numa conexão frequente entre esquizofrenia e filhos pós-nascidos. Numa outra pesquisa, Hare & Price (1970)⁷ confirmaram indiretamente esta visão e opinam que as discrepâncias constatadas nos diversos levantamentos sejam devidas a diferenças ou mudanças nos costumes de reprodução da população.

Em pesquisa efetuada na América do Norte com 1348 pacientes, Erlenmeyer-Kimling & al. (1969)⁵ chegaram à conclusão que não existe qualquer relação entre ordem de nascimento e incidência da esquizofrenia. Mesmo quando há vários filhos esquizofrênicos na mesma família, não foi observada dependência da ordem de nascimento.

Podemos mencionar ainda o trabalho de Rassidakis & al. (1970)¹¹ que, após investigação de 342 pacientes esquizofrênicos na Grécia, concluíram por uma baixa incidência entre caçulas e uma frequência elevada de primogênitos.

Schmidt & Tölle (1977)¹⁴ apresentaram resultados de populações alemãs de esquizofrênicos, depressivos e neuróticos. Nos primeiros são mais frequentes os filhos únicos e os filhos provenientes de famílias grandes. Porém, os autores relativizam os próprios achados e apontam diferenças diagnósticas, metodológicas e de análise estatística como sendo responsáveis das divergências manifestadas em todas estas pesquisas.

Sandler (1978)¹³ finalmente comparou ordem de nascimento e tamanho da família de 1016 pacientes esquizofrênicos de ambos os sexos, de três clínicas psiquiátricas de São Paulo. Ele encontrou diferenças significativas nos pacientes masculinos, mas conforme ao seu enfoque epidemiológico, não interpreta os seus achados.

Além da mera distribuição numérica dos doentes segundo a ordem de nascimento, foram investigados outros fatores relacionados com a ordem de nascimento. Lembramos o interessante trabalho de Muzekari (1972)⁹ sobre ordem de nascimento e conduta social de esquizofrênicos. Conforme aos seus resultados, os primogênitos de ambos os sexos demonstram significativamente mais participação social e reconhecimento dos outros, do que pacientes pós-nascidos. No conjunto, porém, os pacientes femininos são mais sociáveis do que os masculinos, independentemente da ordem de nascimento.

Nos últimos anos, a discussão em torno da importância da ordem de nascimento se esgotou, por falta de resultados convergentes. As diferenças de ordem cultural, geográfica, diagnóstica e metodológica são grandes demais para permitir investigações comparativas. O interesse se voltou mais para outros aspectos, menos estatísticos, da família dos esquizofrênicos. Basta lembrar aqui os trabalhos de inspiração anti-psiquiátrica ou ainda da escola de Palo Alto sobre a comunicação familiar. Neste contexto, Bowen² lembrou, já em 1960, que a "escolha" pela mãe de um filho determinado, para estabelecer uma relação particularmente intensa de dependência recíproca (e eventualmente patogênica), resulta do seu engajamento inconsciente em situações que precederam o nascimento deste filho. Tanto o primeiro como qualquer um dos filhos seguintes pode-se, portanto, tornar o objeto de uma solicitação particular da mãe, em função de suas necessidades afetivas do momento e da projeção no filho de desejos inconscientes.

Mesmo assim, julgamos interessante investigar o aspecto da ordem de nascimento numa população brasileira de esquizofrênicos, mas no contexto mais amplo do estudo da *estrutura familiar global* de tais pacientes. Tentamos, pois, investigar os tópicos seguintes: (1) será que a ordem de nascimento é importante na ocorrência da esquizofrenia no Brasil? (2) será que outros fatores da constelação familiar se destacam na ocorrência da doença?

METODOS E AMOSTRA

Foram levantadas informações sobre 150 pacientes diagnosticados como esquizofrênicos, hospitalizados em seis clínicas psiquiátricas do Distrito Federal e arredores. Trata-se de 69 homens e 81 mulheres, na maioria de baixa renda, internados pelo INPS.

O levantamento foi feito mediante um *questionário de dados anamnéticos*, preenchido a partir de duas fontes: *entrevista dirigida* com o paciente e estudo do prontuário, inclusive dos diversos relatórios e laudos existentes. O questionário era composto de 45 questões, divididas em três grupos: identificação, variáveis sócio-culturais, estruturas e interações familiares.

Como *grupos de controle*, escolhemos pacientes psiquiátricos não-esquizofrênicos, a saber 70 homens alcólatras e 29 mulheres gravemente neuróticas, todos hospitalizados. Não nos foi possível encontrar mais casos para o grupo feminino de controle.

As frequências das respostas obtidas foram submetidas a uma análise estatística com o teste X^2 .

RESULTADOS

Apresentamos primeiro alguns dados relativos à identificação dos 249 casos (Tab. 1 e 2), divididos segundo o sexo.

No que diz respeito à idade, a média nos esquizofrênicos é de 34,8 anos para os homens e de 35,9 anos para as mulheres. Nos alcólatras ela se situa em volta dos 41 anos, nas mulheres neuróticas em torno dos 38 anos. Estes dados contradizem

Variável	Especificação	Esqu(zofrênicos (n=69)		Alcoólatras (n=79)		Nível p. do teste X^2
		f.	%	f.	%	
Idade	16 - 25	11	15,7	-	-	0,2269
	26 - 35	29	41,7	19	27,1	
	36 - 45	18	25,7	31	44,3	
	46 - 55	8	11,4	10	14,2	
	56 - 65	3	4,2	10	14,2	
Local de Nascimento	DF	-	-	6	8,6	0,1721
	MG - GO	27	39,1	21	30,0	
	NE	22	31,9	27	38,6	
	NO	14	20,3	11	15,7	
Estado Civil	SE + SUL	6	8,6	5	7,1	0,0106
	solteiro	53	76,8	32	45,7	
	casado	14	20,3	31	44,3	
	viúvo	1	1,4	2	2,9	
	desquitado	1	1,4	3	4,3	
	vive ajuntado	1	-	2	2,8	

Tabela 1 — Dados de identificação dos 139 pacientes masculinos

Variável	Especificação	Esquizofrênicos (n=81)		Neuróticos (n=29)		Nível p. do Teste χ^2
		f.	%	F.	%	
Idade	16 - 25	19	23,4	3	10,3	0,2218
	26 - 35	21	26,0	11	37,7	
	36 - 45	23	28,4	9	30,9	
	46 - 55	16	19,6	4	13,6	
	56 - 65	2	2,4	2	6,9	
Local de Nascimento	DF	-	-	2	6,9	0,0132
	MG - GO	27	33,3	12	41,4	
	NE	43	53,1	7	24,1	
	NO	7	8,6	6	20,7	
	SE	4	5,0	2	6,9	
Estado Civil	solteiro	42	51,9	14	48,3	0,1402
	casado	34	42,0	11	37,9	
	viúvo	2	2,5	3	10,3	
	desquitado	-	-	1	3,4	
	vive ajuntado	3	3,7	-	-	

Tabela 2 — Dados de identificação dos 110 pacientes femininos.

os descritos por Mayer-Gross, que afirma que nos países ocidentais, em geral, a esquizofrenia aparece no sexo feminino após os 45 anos, em oposição aos homens onde ela se manifestaria mais cedo, entre 25 e 35 anos. Já Henry Ely expressa a opinião que a esquizofrenia aparece, quanto à idade, de maneira idêntica em ambos os sexos, o que corresponde mais aos nossos resultados. Todavia, não conhecemos a idade da primeira manifestação da doença em nossos pacientes, nem o número de anos de enfermidade ou de hospitalização já sofridos, mas mesmo assim podemos constatar a relativa coincidência destas médias.

Em relação ao local de nascimento, se destaca a proporção elevada de mulheres esquizofrênicas oriundas do Nordeste. Isto pode significar que a mulher é mais afetada pelas consequências da migração e pela perda da terra natal do que o homem ou pelo menos, que ela apresenta mais facilmente sintomas rotulados em seguida como esquizofrênicos.

Quanto ao estado civil, existe uma incidência maior de solteiros em todos os grupos, mais nítida, porém, nos esquizofrênicos. Este dado é confirmado por outros autores. Crowcroft (1971) opina que a condição de solteiro é, muitas vezes, já uma expressão da doença, sobretudo de dificuldades de comunicação. Além disso, ele evidencia nas hospitalizações psiquiátricas uma taxa elevada de pessoas desquitadas e acredita que tanto a dificuldade para casar quanto o malogro no casamento são sintomas de um mesmo distúrbio básico. Parece-nos, entretanto, que tais afirmações gerais devem ser verificadas na realidade clínica, uma vez que não existe uma causalidade linear entre um tal "distúrbio básico" e os diversos sintomas ou configurações sociais apresentados.

Nas tabelas 3 e 4, apresentamos os resultados das mais importantes variáveis sócio-culturais investigadas. Do conjunto destes dados ressalta um nível sócio-cultural nitidamente superior das mulheres neuróticas e, embora menos acentuado, dos alcoólatras (escolaridade superior, condições habitacionais mais propícias, profissões mais qualificadas, rendas familiares e individuais mais elevadas). As diferenças são altamente significativas (com exceção da escolaridade dos homens).

Isto significa que os nossos esquizofrênicos dispõem de menos recursos humanos e culturais, o que deve, com certeza, ter influenciado também suas formas sintomáticas. Sabemos, com efeito, que os sintomas psicopatológicos refletem, em parte pelo menos, o nível social ou o "grau de aculturação" do indivíduo, no sentido de uma pessoa

Variável	Especificação	Esquizofrênicos (n=69)		Alcoólatras (n=70)		Nível p. do teste χ^2
		f.	%	f.	%	
Escolaridade	1º grau	50	72,5	48	68,6	0,2371
	2º grau	8	11,6	10	14,3	
	Superior	3	4,3	0	0	
	Técnica	0	0	2	2,8	
	S/esc.	8	11,6	10	14,3	
Profissão	s/profissão	8	11,6	0	0	0,0117
	escritório	3	4,3	4	5,7	
	serv.público	13	18,8	23	32,9	
	Estudante	2	2,9	0	0	
	Manual não qual.	43	62,3	43	61,4	
Habitação durante a infância	casa	22	31,9	19	27,1	0,0973
	apartamento	0	0	5	7,1	
	barraco	46	66,7	43	61,4	
	quarto	1	1,4	3	4,3	
Renda familiar durante a infância	sem resposta	0	0	6	8,6	0,0023
	1 sal.mínimo	9	13,2	1	1,4	
	2 sal.mínimo	37	53,6	29	41,4	
	3 sal.mínimo	14	20,3	29	41,4	
	4 sal.mínimo	7	10,1	4	5,7	
	5 sal.mínimo	1	1,4	0	0	
Salário Individual	6 sal.min.ou +	1	1,4	1	1,4	0,0016
	nt/salário	11	15,9	0	0	
	1 sal.mínimo	13	18,8	8	11,4	
	1-2sal.mínimo	35	50,7	44	62,9	
	2-3sal.mínimo	7	10,1	17	24,3	
	3-4sal.mínimo	1	1,4	0	0	
4-5sal.mínimo	0	0	1	1,4		
5 ou + sal. mfn.	2	2,9	0	0		

Tabela 3 — Variáveis sócio-culturais dos 139 pacientes masculinos.

Variável	Especificação	Esquizofrênicos (n=81)		Neuróticos (n=29)		Nível p. do Teste χ^2
		f.	%	f	%	
Escolaridade	1º grau	57	70,4	12	41,4	0,0001
	2º grau	7	8,6	13	44,8	
	superior	2	2,5	2	6,9	
	s/escola	15	18,5	2	6,9	
Profissão	s/profissão	19	23,5	7	24,1	0,0174
	escritório	1	1,2	4	13,8	
	serv. público	6	7,4	8	27,6	
	estudante	1	1,2	0	0	
	empregada	36	44,4	3	10,3	
	outras	18	22,3	7	24,1	
Habitação durante a infância	casa	25	30,0	22	75,9	0,0001
	apartamento	2	2,5	2	6,9	
	barraco	53	65,4	5	17,2	
	quarto	1	1,2	0	0	
Renda familiar durante a infância	sr	4	4,9	0	0	0,0000
	1 sal.mínimo	18	22,2	0	0	
	2 sal.mínimo	24	29,6	2	6,9	
	3 sal.mínimo	24	29,6	6	20,7	
	4 sal.mínimo	9	11,1	14	48,3	
	5 sal.mínimo	1	1,2	5	17,2	
	6 ou mais	1	1,2	2	6,8	
Salário Individual	não tem salário	23	28,4	8	27,6	0,0000
	1 sal.mínimo	48	59,3	0	0	
	1-2 sal.mínimo	6	7,4	7	24,1	
	2-3 sal.mínimo	3	3,7	4	13,8	
	3-4 sal.mínimo	0	0	4	13,8	
	4-5 sal.mínimo	1	1,2	4	13,8	
	5 ou + salário	0	0	2	6,8	

Tabela 4 — Variáveis sócio-culturais dos 110 pacientes femininos.

pouco diferenciada e com poucos recursos apresentar necessariamente sintomas frustos e relativamente "primitivos".

Com isso não pretendemos dizer que a esquizofrenia se encontra mais em pessoas "primitivas" ou pobres mas, ao contrário, que tais pessoas podem ser mais facilmente diagnosticadas como esquizofrênicas, uma vez que elas apresentam quadros sintomáticos pouco expressivos ou pouco "atraentes". A falta de perspectivas terapêuticas, ligada tradicionalmente à noção de esquizofrenia, poderia refletir também a falta de possibilidades de recuperação social para os "doentes mentais" oriundos das classes sociais menos privilegiadas, sendo que a possibilidade terapêutica representa precisamente um dos privilégios dos que pertencem às classes superiores. Por conseguinte, as diferenças

constatadas podem provir tanto de situações patogênicas preexistentes quanto de variável que influenciam o processo diagnóstico.

Nas duas últimas tabelas (Tab. 5 e 6), apresentamos algumas variáveis sobre a família dos pacientes investigados. Percebemos em primeiro lugar que as *diferenças quanto à posição de nascimento não são significativas*. O mais alto índice de primogênitos se manifesta entre os alcóolatrás (35,7%), seguidos dos esquizofrênicos masculinos (24,6%). Em nossos resultados, não se deve averiguar, portanto, uma incidência maior de primogênitos. Lembramos ainda que o nosso levantamento não leva em consideração nem o tamanho das famílias, nem oscilações demográficas nas taxas de natalidade ou de casamentos, mas os resultados já são indicativos para concluir a não pertinência desta tese na população estudada.

Encontramos, no entanto, um outro resultado, surpreendente, com diferenças altamente significativas ($p=0.000\dots$). Trata-se do *sexo do irmão que precede* o paciente na ordem de nascimento. Esta variável parece raramente investigada. Na literatura compulsada, somente Gregory (1959)¹⁷ a menciona e acredita que diferenças a este respeito pudessem ser significativas. De fato, os nossos resultados indicam que ela é de alta relevância patogênica. Em nossos esquizofrênicos, o irmão que precede é, na grande maioria, do *sexo oposto*, (em 68,2% dos casos masculinos, em 71,6% dos femininos). Esta particularidade destaca os esquizofrênicos dos grupos de controle, onde o irmão mais velho é em geral do mesmo sexo (em 55,7% dos alcóolatrás e 62,1% das neuróticas). Fazendo abstração dos primogênitos, as proporções são mais polarizadas ainda.

Variável	Especificação	Esquizofrênicos (n=69)		Alcóolatrás (n=70)		Nível p. do Teste χ^2
		f.	%	f.	%	
Posição de nasci- mento	1º	17	24,6	25	35,7	0,5173
	2º	15	21,7	16	22,9	
	3º	16	23,2	8	11,4	
	4º - 6º	15	21,6	13	18,6	
	7º - 9º	4	5,7	5	7,2	
	10º-15º	2	2,8	3	4,2	
Sexo do irmão que precede	masculino	5	7,2	39	55,7	0,0000
	feminino	47	68,2	6	8,6	
	primogênitos	17	24,6	25	35,7	
Relacio- mento com o pai	ótimo	7	10,1	7	10,0	0,2091
	satisfatório	30	43,5	24	34,3	
	insatisfatório	24	34,8	20	28,6	
Relacio- namento com a mãe	ótimo	36	52,2	23	32,9	0,1268
	satisfatório	28	40,6	38	54,3	
	insatisfatório	1	1,4	1	1,4	

Tabela 5 — Configurações familiares dos 139 pacientes masculinos.

Variável	Especificação	Esquizofrênicos (n=70)		Neuróticos (n=29)		Nível p. do teste X ²
		f.	%	f.	%	
Posição do nascimento	1º	7	8,6	5	17,2	0,9593
	2º	11	13,6	5	17,2	
	3º	15	18,5	7	24,1	
	4º - 6º	31	38,2	9	31,0	
	7º - 9º	9	11,2	3	10,3	
	10º-15º	8	9,8	-	-	
Sexo do irmão que precede	masculino	58	71,6	6	20,7	0,0000
	feminino	16	19,7	18	62,1	
	primogênitos	7	8,6	5	17,2	
Relacionamento com o pai	ótimo	28	34,6	3	10,3	0,0009
	satisfatório	31	38,3	12	41,4	
	insatisfatório	7	8,6	11	37,9	
Relacionamento com a mãe	ótimo	8	9,9	6	20,7	0,1209
	satisfatório	34	42,0	16	55,2	
	insatisfatório	25	30,9	5	17,2	

Tabela 6 — Configurações familiares dos 110 pacientes do sexo feminino.

DISCUSSÃO

É óbvio que estes resultados devem ser verificados em amostras maiores e mais estratificadas. Mas parece-nos ser legítimo propor uma primeira interpretação desta distribuição surpreendente. As diferenças evidenciadas concernem à *diferenças sexuais* e, provavelmente, os *papéis sexuais*. Numa perspectiva psicanalítica, sabemos que a problemática da identidade (sexual) é crucial para o psicótico. Em outras palavras, a sexualidade lhe é problemática não no seu exercício, mas nos seus fundamentos.

Os nossos dados indicam que a figura do irmão que precede reveste uma certa importância neste processo de identificação, visando consolidar a identidade sexual. A presença de um irmão mais velho do sexo oposto parece entrar este processo, o que levanta a questão de eventuais implicações incestuosas. Devemos lembrar aqui a última variável apresentada, a do relacionamento com pai e mãe (Tab. 5 e 6). No caso dos esquizofrênicos masculinos, este relacionamento é "ótimo" com a mãe em 52,2% dos casos, mas bastante insatisfatório com o pai. Nas mulheres esquizofrênicas, ocorre mais o contrário: relacionamento ótimo ou satisfatório com o pai, pouco satisfatório com o mãe. Estas "afinidades cruzadas", afirmadas aliás diretamente na maioria das entrevistas, parecem ter tido consequências não de tipo neurótico, ao nível de uma escolha incestuosa hetero-sexual, mas de tipo psicótico, perturbando de maneira fundamental o processo de identificação. Também não podemos excluir a

influência eventual, neste contexto das relações familiares, da promiseidade, apesar de seus efeitos não depender de constelações na realidade objetiva, mas no imaginário não simbolizado.

Estamos, pois, inclinados a ver a importância patogênica das configurações familiares reveladas não na mera ocorrência estatística de ser precedido de um irmão do sexo oposto, mas no relacionamento particular que deve ter se desenvolvido entre os dois irmãos. Não conhecemos o impacto patogênico exato deste relacionamento, no qual devem ter interferido ainda uma relação privilegiada com o genitor do sexo oposto; no entanto, parece-nos provável que ele prejudicou a identificação com o próprio sexo, dificultando desta maneira a auto-posição como sujeito.

Novas pesquisas deverão averiguar a importância destas relações fraternas "cruzadas", a nível tanto de levantamentos estatísticos quanto de estudos de casos individuais, visando investigar a significação psicodinâmica destes relacionamentos entre irmãos. Só assim será possível determinar o impacto efetivo deste fator na etiopatogenia da esquizofrenia.

RESUMO

Foram examinados 150 pacientes (69 homens e 81 mulheres), internados em seis clínicas psiquiátricas de Brasília e arredores e diagnosticados como esquizofrênicos. Foi utilizado um questionário de dados pessoais (com 45 questões sobre identidade, variáveis sócio-culturais e estrutura familiar), preenchido após entrevista com os pacientes e estudos dos prontuários. Como grupo de controle, foram escolhidos pacientes psiquiátricos não esquizofrênicos, a saber 70 homens alcólatras e 29 mulheres neuróticas, todos internados. Quanto à posição de nascimento, nenhuma diferença significativa foi encontrada sobre uma incidência maior de primogênitos. Diferenças altamente significativas se manifestaram, porém, no que tange ao sexo do irmão que precede, em grande maioria do sexo oposto. Este fato é interpretado no sentido de dificuldades de identificação e de identidade sexual, devidas a um relacionamento conflitivo com a figura do irmão que precede.

SUMMARY

Birth order and sibling relations of schizophrenics.

In recent years, birth order has received particular emphasis in the study of structures and relationship in the families of schizophrenics. Several studies evidenced a higher risk of morbidity in firstborn children. The present research intends to verify the nature of this relationship in Brazil. One hundred fifty patients (69 men and 81 women), diagnosed as schizophrenics, were studied. The patients were interviewed and given a questionnaire on personal data. Non-schizophrenic, psychiatric patients were used as controls: 70 male alcoholics and

29 female, severe neurotics, all institutionalized. No significant difference was found as to birth order. Among males, 35,7% of the alcoholics are first borns, as against 24,6% of the schizophrenics; among females, the proportions were 17,2% and 8,6% for the neurotic and schizophrenic patients, respectively. There was, however, highly significant effect with respect to the sex of the preceding sibling. For schizophrenics, the sibling which precedes the patient in the birth order is, in most cases, of the opposite sex (68,2% for the males and 71,6% for the females). The converse was observed among the control subjects; 55,7% of the male alcoholics are preceded by a brother and only 8,6% by a sister; of the female neurotic, 62,1% are preceded by a sister and 20,7% by a brother. According to these surprising results, it is not birth order which plays a pathogenic role, but rather the relation to the preceding sibling of the opposite sex. Further study should confirm the specificity of this family relationship and analyse its pathogenic effect in the etiology of schizophrenia.

REFERENCIAS

1. BARRY, H. & BARRY, H. Jr. — Birth order, family size and schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiat.* 17:435, 1967.
2. BOWEN, M. — A family concept of Schizophrenia. *In The Etiology of Schizophrenia.* Basic Books, New York, 1960.
3. CROWCROFT, A. — O Psicótico. Compreensão da loucura. Zahar, Rio de Janeiro, 1971.
4. DI LASCIO, A. — Esquizofrenia: etiopatogenia e diagnóstico. *Neurobiologia (Recife)* 38:351; 1975.
5. ERLLENMEYER-KIMLING, L.; VAN DEN BOSCH, E. & DENHAM, B. — The problem of birth-order and schizophrenia: a negative conclusion. *Brit. J. Psychiat.* 115:659, 1969.
6. GRANVILLE-GROSSMANN, K. L. — Birth order and schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.* 112:1119, 1966.
7. HARE, E. H. & PRICE, J. S. — Birth rank in schizophrenia: with a consideration of the bias due to changes in birth-date. *Brit. J. Psychiat.* 116:409, 1970.
8. HINSHELWOOD, R. D. — Schizophrenia and family function: aspects of birth order. *Brit. J. Soc. Psychiat. Comm. Health* 6:90, 1972.
9. MUZEKARI, L. H. — Birth order and social behaviour among chronic schizophrenics. *J. Clin. Psychol.* 28:483, 1972.
10. PRICE, J. S. & HARE, E. H. — Birth order studies: some sources of bias. *Brit. J. Psychiat.* 115:633, 1969.
11. RASSIDAKIS, N.; KELEPOURIS, M. & SPORROS, L. — Etude sur la relation de la schizophrénie avec l'ordre de la naissance des enfants selon leur sexe. *Actes de la Xe Semaine Médicale Balcanique (Beograd)*, 1970.
12. REISS, D. — The family and schizophrenia. *Amer. J. Psychiat.* 133:181, 1976.

13. SANDELR, P. C. & SANDLER, E. H. — Esquizofrenia e ordem de nascimento. Arq. Neuro-Psychiat. (São Paulo) 36:46, 1978.
14. SCHMIDT, C. W. & TÖLLE, R. — Familienkonstellationen in Geisteskrankheiten. Fortsch. Neurol. Psychiat. und ihrer Grenzgebiete 45:20, 1977.
15. SOLOMON, L. & NUTTALL, R. — Sibling order, premorbid adjustment and remission in schizophrenia. J. Nerv. Ment. Dis. 144:37, 1967.
16. SUNDARARAJ, N. & SRIDHARA RAMA RAO, B. S. — Order of birth and schizophrenia. Brit. J. Psychiat. 112:1127, 1966.
17. GREGORY, I. — An analysis of family data on 1000 patients admitted to a Canadian Mental Hospital. Acta Genet. 9:54, 1959.

*Departamento de Psicologia — Universidade de Brasília — 70910 Brasília, D.F.
— Brasil.*