

WOLGRAND ALVES VILELA

Este exemplar corresponde
à versão final da Tese
de Doutorado do mé-
dico Wolgrand Alves Vi-
lela, apresentada à Fa-
culdade de Ciências
Médicas da Unicamp,
em 28 de novembro de 1989
Campinas, 28 de novembro/1989

Dorgival Caetano
Prof. Dr. Dorgival Caetano
Orientador

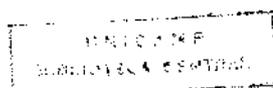
OS SINTOMAS DE PRIMEIRA ORDEM DE KURT SCHNEIDER
NA ESQUIZOFRENIA: RELAÇÕES COM O CURSO EVOLUTIVO
E A PERSONALIDADE

TESE APRESENTADA À FACULDADE DE
CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE CAMPINAS PARA OBTENÇÃO DO
GRAU DE DOUTOR EM MEDICINA

ORIENTADOR: PROF. DR. DORGIVAL CAETANO

CAMPINAS

SÃO PAULO - 1989



À MARLUCE

À JANAINA E JULIANA

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Dorgival Caetano, pela orientação científica deste trabalho.

Aos Professores Drs. Antonio Muniz de Rezende e Rachel Vilela Fávero, pelas valiosas apreciações e sugestões na análise prévia deste trabalho.

Ao Professor Dr. Euclides Lima Filho, pela amizade e assessoria estatística.

Aos Diretores e colegas do corpo clínico das instituições onde a pesquisa foi realizada, pela colaboração preciosa.

Ao Dr. Gil Braz de Araújo Nóbrega, minha gratidão pelos ensinamentos e motivação na pesquisa no campo da psicopatologia clínica.

Aos pacientes, através dos quais tentamos enxergar uma meta.

INDICE

I. Introdução	
I.1. Os Sintomas de Primeira Ordem de Kurt Schneider (S.P.O.)..	1
I.2. Algumas direções da pesquisa sobre os S.P.O. nas últimas duas décadas	9
I.3. Sugestão de um modelo para o estudo do eu esquizofrênico..	26
I.4. Objetivos	30
II. Metodologia	
II.1. Descrição da amostra	31
II.2. Instrumentos utilizados	33
II.3. Subformas clínicas	69
III. Resultados	
III.1. Análise do grupo de pacientes quanto a frequência das subformas clínicas da esquizofrenia e dos S.P.O.	70
III.2. Análise dos S.P.O. no grupo de pacientes quanto a intensidade e remissão em relação as subformas clínicas, a faixa etária dos pacientes e a fase do tratamento	73
III.3. Terapêutica medicamentosa nos casos onde os S.P.O. não remeteram ou o fizeram parcialmente	83
III.4. Descrição dos resultados obtidos com o Teste 16PF (Dezesseis Fatores de Personalidade)	90
IV. Discussão	
IV.1. Estudo dos S.P.O. de K. Schneider do ponto de vista da estrutura do eu	109
IV.2. Os resultados à luz do modelo estrutural ou sistêmico ...	160
V. Conclusões.....	177
VI. Resumo	179
VII Bibliografia	189

I - INTRODUÇÃO

I.1 - OS SINTOMAS DE PRIMEIRA ORDEM DE KURT SCHNEIDER (S.P.O)

A experiência clínica com pacientes, sejam eles psicóticos ou não, é sempre abrangente: percebemos o paciente como uma totalidade, mesmo que nesse encontro geralmente se destaquem suas queixas ou sintomas. Estes devem ser descritos com toda atenção possível, procurando-se excluir de imediato toda atitude interpretativa ou explicativa, para que o sintoma seja apreendido como um fenômeno puro. "O fenômeno aparece como uma estrutura, reunindo dialeticamente na intencionalidade significação e existência, homem e mundo" - Rezende (1975). Ao mesmo tempo o sintoma deve ser visto como fazendo parte de um contexto mais amplo e que no nosso entender é o da personalidade. É a referência à essa estrutura (personalidade) que ilumina o sintoma de um sentido. Esse não seria transparente se fosse apenas considerado isoladamente. Já na introdução do seu "Tratado das Doenças Mentais" Bumke (1924) assim se refere: "Toda investigação psiquiátrica busca cumprir um duplo sentido: deve penetrar na vida psíquica dos doentes, conhecer sua personalidade, compreender suas feições anormais e da totalidade dos sintomas estabelecer um diagnóstico clínico, para daí concluir um prognóstico e um plano de tratamento." Disso se conclui que, análise e síntese estão sempre numa relação dialética, da qual tentamos tirar partido nessa nossa pesquisa. Trata-se de um estudo dos S.P.O. de Kurt Schneider, onde se pretende enfocá-los à luz de um modelo estrutural.

Kurt Schneider (1973) descreveu oito sintomas clínicos, aos quais atribuiu o valor de serem patognomônicos para o diagnóstico da esquizofrenia, desde que fosse excluída qualquer

alteração concomitante de base orgânica em sua origem. São eles:

I.1.1 - Sonorização do pensamento (Gedankenlautwerden): o paciente queixa-se de que ao pensar, escuta simultaneamente os próprios pensamentos.

I.1.2 - "Escutar vozes" que dialogam entre si (Hören von Stimmen in der Form von Rede und Gegenred): o paciente refere "escutar vozes" que se manifestam na forma de diálogo.

I.1.3 - "Escutar vozes" que acompanham as próprias ações (Hören von Stimmen die das eigene Tun mit Bemerkungen begleiten): o paciente queixa-se de escutar vozes que comentam suas ações quotidianas, geralmente com conteúdo depreciativo.

I.1.4 - Vivência de influência corporal (Leibliche Beeinflussungserlebnisse): o paciente refere ser "influenciado" no seu próprio corpo, por uma "força" que é vivenciada como vinda de fora.

I.1.5 - Roubo ou (subtração) do pensamento e outras influências do pensamento (Gedankenentzug und andere Gedankenbeeinflussungen): o paciente queixa-se de que seus pensamentos lhe são "roubados" ou "subtraídos" por um "poder" que lhe é exterior, contra sua vontade, e sem que ele possa esboçar qualquer defesa.

I.1.6 - Difusão do pensamento (Gedankenausbreitung): o paciente acredita que as pessoas ao seu redor "adivinham" o que ele está pensando, estejam elas na vizinhança ou distantes, em outro país.

I.1.7 - Percepção delirante (Wahnwahrnehmung): quando o paciente percebe num objeto, além do seu significado comum, um outro que para nós é incompreensível racional ou emocionalmente

(pelo menos aparentemente). Esse significado anormal geralmente é no sentido da auto-referência.

I.1.8 - Vivência de influência no domínio dos sentimentos, tendências e vontade (Alles von andern Gemachte und Beeinflusste auf dem Gebiet des Fühlens, Strebens (der Triebe) und des Wollens): o paciente queixa-se de que seus sentimentos, tendências e vontade são "controlados" por uma "força externa" e contra sua vontade.

Para Kurt Schneider (1957) os sintomas em psicopatologia têm um sentido diferente daquele atribuído na medicina. Nesta, ele é indício de uma doença comprovável. Assim é também em um setor da psiquiatria, nas psicoses de base somática: da existência de uma demência deduz-se um processo cerebral. Aquela é sintoma deste.

Dando continuidade ao pensamento médico, nas psicoses endógenas (a esquizofrenia por exemplo), cujo fundamento somático é até o presente hipotético, poder-se-ia dizer que, o surgimento do delírio é um sintoma de uma doença de causa desconhecida, mas postulada. O sintoma aqui é um achado essencialmente psicopatológico mais ou menos característico, sempre encontrado no conjunto de um quadro clínico evolutivo. Desse modo o sentido médico de sintoma é abandonado, pois um conjunto de um quadro clínico evolutivo-psicopatológico não é nenhuma doença. Além disso, não se trata de que de uma determinada observação se deduza uma determinada doença, como por exemplo, de uma rigidez da pupila e de um distúrbio da articulação motora da fala, deduz-se uma paralisia. A questão é inteiramente outra: se eu encontro vozes que acompanham as próprias ações do paciente, por exemplo, em uma psicose sem fundamento somático, chamo essa psicose, de certo modo como um

acordo, de esquizofrenia. Esse sentido para o sintoma em psicopatologia vale a pena ser defendido. Não se deve portanto afirmar, "isto é uma esquizofrenia", mas, "a isto corresponde o que comumente se denomina no momento de esquizofrenia". Pois tão só no setor somatológico da psiquiatria (as psicoses comprovadamente de base somática por exemplo), é possível estabelecer afirmações categóricas de índole diagnóstica no sentido de "isto é".

Outro sentido para o sintoma é qualificá-los de "primário" e "secundário" respectivamente: o que não é primário, é secundário, terciário, e assim por diante. Deve-se sempre aceitar uma cadeia sintomática que segue um decurso. Primário e secundário são então pensados em relação a sua sequência no tempo. Pode-se afirmar no domínio das psicoses de base somática, que, primário em uma determinada paralisia é por exemplo, uma excitação expansiva, e secundário, a demência que venha a se desenvolver.

Também pode-se conceber que os sintomas primários são aqueles que sempre estão presentes. É o sentido que E. Bleuler (1905) atribuiu por exemplo, aos seus sintomas primários típicos na esquizofrenia. Esse autor também concebeu que os sintomas primários (fundamentais) são aqueles dos quais todos os outros sintomas (secundários ou acessórios), podem ser derivados.

Uma outra concepção para os sintomas primários é a deles serem psicopatologicamente inderiváveis, algo psicopatologicamente último. Em outras palavras, não compreensíveis psicologicamente, mas apenas explicáveis à partir de uma hipotética base somática.

Uma contrapartida é que o sintoma pode ser visto apenas como um simples desvio quantitativo do normal.

Superando essa aparente dicotomia na doutrina

psicopatológica da inderivabilidade dos sintomas primários, e da derivabilidade dos sintomas secundários, temos a "análise estrutural" de Birnbaum (1920), onde se faz a diferenciação entre os fatores patogénéticos (hereditários) e patoplásticos (culturais, ambientais). O patogénético e também o patoplástico são informativos para o contexto clínico. Assim, um processo demencial, por ex. na PGP,* certamente patogénética quanto a sua causa, é também igualmente patoplástica em sua manifestação no quadro psicopatológico. Informativos são além disso os dados respectivos da idade, inteligência, personalidade pré-psicótica, biografia no sentido do vivenciado, e também a reação do ser humano diante de suas alterações psicóticas. Apreendemos daí, que de nenhum modo tudo seja "reação" patoplástica.

A análise estrutural de Birnbaum (1920) é utilizável se se conhece uma gênese somática, o que é problemático nas psicoses endógenas, como já referimos acima. Como nessas psicoses não se tem nenhuma base para a patogênese, devemos substituí-la então por outra possibilidade, a saber, uma sintomatologia psicopatológica "típica", portanto algo apreensível descritivamente, sobre o que se orienta o diagnóstico.

Essa sintomatologia psicopatológica "típica" seria para Kurt Schneider, os S.P.O., por ele concebidos como essencialmente diagnóstico-pragmáticos: "Nenhum desses sintomas esquizofrênicos de primeira ordem foi até aqui apresentado em suas possibilidades comparativas. Eles são concebidos em seus aspectos essencialmente diagnóstico-pragmáticos. Supor uma estrutura comum para esses S.P.O. é remoto para nós. Alguns deles podem ser reunidos sob o ponto de vista da "permeabilidade" da fronteira "eu-mundo". da

* (Paralisia Geral Progressiva)

"perda dos contornos do eu".

Nesse ponto Kurt Schneider coloca com muita reserva a possibilidade de se "supor uma estrutura comum" para os S.P.O.

Vale a pena comentar aqui um trabalho de Freud — "Inibição, Sintoma e Angústia" — (1925 - 1926), onde este autor dá um enfoque estrutural para a questão dos sintomas, e que por isso se aproxima mais da nossa proposta de um modelo estrutural no estudo daqueles sintomas, como veremos mais adiante

Freud parte da concepção do aparelho psíquico como uma estrutura, onde a ação do mundo externo possibilita uma diferenciação do ego à partir do id, ou seja, o ego é idêntico ao id, sendo apenas uma parte especialmente diferenciada ou organizada daquela instância.

Do id surgiriam impulsos instintuais que tenderiam a ser satisfeitos, mas contra os quais o ego, através de suas vinculações com o sistema perceptivo levanta barreiras defensivas, conseguindo inibi-los. A angústia é o sinal no ego do "perigo" das exigências instintuais, que não constituem um perigo em si, mas passando a sê-lo na medida em que acarreta um perigo externo real. Como resultado das pesquisas de Freud, esse corresponderia ao "medo a castração". Surge então o sintoma, sinal e substituto de uma satisfação instintual que permaneceu latente, consequência da represão (que não é o único meio de que dispõe o ego para defender-se contra um impulso indesejado. A regressão do instinto é mais danosa que sua represão).

Os sintomas representam uma restrição do ego, mas se formam a fim de evitar a ansiedade, removendo o ego de uma situação de perigo. Outro determinante de ansiedade é por exemplo, o medo do

superego, apresentando cada período de vida do indivíduo, seu determinante apropriado de ansiedade: perigo de desamparo psíquico (ego imaturo); perigo da perda de objeto (até a primeira infância); perigo de castração (até a fase fálica), e medo do superego (até o período de latência).

Em consequência daquela restrição do ego, um novo impulso seguirá a mesma trilha que o impulso mais antigo reprimido, como se a situação de perigo que tivesse sido superada, ainda existisse.

O fator de fixação na repressão é a compulsão a repetição do id inconsciente. Em outras palavras, o impulso instintual reprimido encontrou um substituto, deslocado e inibido (o sintoma), não mais reconhecível como uma satisfação. Sua realização apresenta a qualidade de uma compulsão.

Esse processo mental que se transformou em sintoma devido a repressão, mantém agora sua existência fora da organização do ego e independentemente dele. Mas como o ego é uma organização, tenta impedir que os sintomas permaneçam isolados e alheios, tendendo por isso a agregá-los, incorporando-os em sua organização.

Os sintomas que outrora representavam uma restrição do ego, vêm depois a representar também satisfação, graças a essa inclinação do ego para a síntese.

É o que se entende por "ganho secundário" proveniente da doença, e que reforça a incorporação do sintoma pelo ego. Mas como o sintoma é um substituto do impulso reprimido, sempre renova suas exigências de satisfação, reforçando com isso as defesas do ego.

Como se pode observar, a postura freudiana sobre a questão dos sintomas é uma tentativa de compreensão da sua gênese e do seu sentido na história do indivíduo.

Apesar desses aspectos terem sido aventados com bastante restrição por K. Schneider, esse autor só aborda os sintomas em seu momento de manifestação, limitando-se ao que diretamente tinha acesso na observação clínica.

Para Kurt Schneider, os S.P.O. têm apenas importância quanto ao diagnóstico clínico num corte transversal. Em outras palavras, a presença de um deles devidamente caracterizado no quadro clínico atual, ao mesmo tempo em que se exclui a possibilidade de um concomitante fundamento somático, nos possibilita estabelecer o diagnóstico de esquizofrenia.

Além do mais, os S.P.O. de Kurt Schneider são manifestações clínicas qualitativamente distintas do normal, consistindo portanto em fenômenos psicopatológicos melhor delimitados, ao contrário dos sintomas eleitos por E. Bleuler (1911), os quais facilmente podem ser confundidos com outros fenômenos que são simples variações quantitativas do normal.

Uma outra questão não menos importante a ser considerada, é a de que na esquizofrenia não existe um sintoma sequer que lhe seja específico ou obrigatório, e segundo o próprio Kurt Schneider, os S.P.O. não precisam obrigatoriamente estar presentes para que o diagnóstico seja estabelecido, pois a ele se pode chegar levando-se em consideração outros aspectos clínicos. A questão é que a simples presença de pelo menos um dos S.P.O. nos facilita na tarefa do diagnóstico, uma vez que eles seriam patognomônicos daquela doença.

I.2 - ALGUMAS DIREÇÕES DA PESQUISA SOBRE OS S.P.O. NAS ÚLTIMAS DUAS DÉCADAS

A maioria dos trabalhos publicados sobre a questão dos S.P.O. de Kurt Schneider nas décadas de 70 e 80, têm em boa parte enfatizado o aspecto da validade desses sintomas quanto a sua patognomonicidade para a esquizofrenia, bem como sua utilidade prática para o diagnóstico daquela doença.

Autores como Mellor (1970), Carpenter (1973), Koehler (1977), Chandrasena (1979), Andreasen e Akiskal (1983),* concluem que os S.P.O. de Kurt Schneider são altamente discriminativos para o diagnóstico da esquizofrenia, portanto úteis na prática clínica, mas negam sua patognomonicidade, já que teriam observado também tais sintomas em pacientes neuróticos, com distúrbio de caráter, e com psicose afetiva.

Um trabalho frequentemente citado na literatura foi realizado por Mellor (1970). Nele o autor estudou os S.P.O. quanto à sua frequência em pacientes internados em hospitais psiquiátricos e as diferenças individuais entre aqueles sintomas. Constatou o que Kurt Schneider estabeleceu quanto aos S.P.O. para a esquizofrenia, fazendo referência à necessidade do uso de um instrumento de medida confiável para o registro dos dados fenomenológicos, o que segundo Mellor, estaria em parte solucionado com o surgimento do AMDP (Associação para Metodologia e Documentação em Psiquiatria), que nos últimos 20 anos vem sendo aperfeiçoado entre os investigadores de diversos países da Europa e Estados Unidos.

Sobre este mesmo tema Carpenter (1973) concluiu entre outras coisas, que os S.P.O. de Kurt Schneider, altamente

* Sourgey (1988)

discriminativos, apresentam erro diagnóstico significativo se considerados como patognomônicos; pois relata a ocorrência desses sintomas em 51% dos pacientes esquizofrênicos (103 casos), em 23% dos casos de psicose afetiva (39 casos), e 9% daqueles com neurose e distúrbio de caráter (23 casos). Esta investigação se baseou no "Estudo Piloto Internacional da Esquizofrenia" (IPSS), realizado pela Organização Mundial de Saúde em 1973, e que consistiu numa pesquisa transcultural de 1.202 pacientes em 9 países: Colômbia, Tchecoslováquia, China, Índia, Dinamarca, Nigéria, União Soviética, Reino Unido e Estados Unidos. Carpenter utilizou os dados referentes aos pacientes avaliados nos Estados Unidos, incluídos 131 casos internados. "Vozes" comentando a respeito do paciente, não foram sempre assinalados, bem como a percepção delirante. A falta de uma concepção diagnóstica suficientemente operacionalizável para ser aplicada por clínicos de vários centros de investigação foi apontada como uma falha. Acrescenta ainda que os clínicos nos Estados Unidos não estabeleceram uma abordagem suficientemente clara como aquela realizada pelos clínicos europeus.

Koehler e Steigerwald (1977) observaram várias categorias diagnósticas de doenças mentais funcionais, em três clínicas psiquiátricas germânicas que seguiam estritamente a orientação "schneideriana", por um período de 40 anos. Independentemente de como nos centros as categorias foram comparadas, sempre foi encontrada uma inconsistência estatisticamente significativa. Mas não houve diferenças diagnósticas significativas quanto a primeira admissão no caso de esquizofrenia e mania em Munique e Heidelberg, assim como para o total das admissões no caso de esquizofrenia em Munique

e Homburg/Saar.

Do ponto de vista prático as diferenças percentuais encontradas para a esquizofrenia e mania não foram realmente tão grandes. Mas isso contrastou com grandes discrepâncias percentuais encontradas entre Munique de um lado, e Heidelberg e Homburg/Saar do outro, em relação a doença maníaco-depressiva e depressão psicótica.

Do mesmo modo que Carpenter (1973), Mellor (1970), Koehler (1977) e Chandrasena (1979) relacionam um total de 11 S.P.O. Como está descrito no início do nosso trabalho, relacionamos 8 S.P.O. tomando por base o trabalho original de Kurt Schneider. O maior número desses sintomas descritos por esses autores, decorre do desmembramento do sintoma número 8 da nossa relação em 3 outros sintomas: sentimentos, tendências e vontade impostas.

Apesar das críticas que o próprio Carpenter faz sobre a "abordagem diagnóstica não suficientemente clara dos clínicos dos Estados Unidos" e de no material não haverem incluído sintomas do tipo de "vozes" que acompanham as ações do paciente e percepção delirante, uma das conclusões é a refutação da patognomonicidade dos S.P.O. na esquizofrenia, pois esses teriam sido "observados" em pacientes neuróticos e com distúrbio de caráter, com psicose afetiva, além dos esquizofrênicos evidentemente.

A "observação" de uma sintomatologia psicótica em pacientes neuróticos ou com distúrbio de caráter, para nós significa o contrário, ou seja, que um indivíduo psicótico apresenta distúrbios neuróticos ou de caráter. Nos parece útil lembrar a distinção feita por Jaspers (1970) entre conteúdo e forma. Um não exclui o outro, pois sempre uma forma é preenchida de

um conteúdo. Por exemplo, o fenômeno do ouvir é uma forma presente em todos nós, sempre se dando de modo idêntico em qualquer lugar e época. Já o conteúdo do que se ouve é variável em cada situação. O mesmo é válido para os outros órgãos dos sentidos. Na psicose, que pode se manifestar por exemplo, através de uma sintomatologia alucinatória, há uma forma nova, o "ouvir vozes" na ausência de qualquer estímulo do ambiente, a qual está sempre preenchida por um conteúdo que procede da história pessoal do paciente, refletindo evidentemente seus conflitos, sejam de que natureza forem.

Também foi referida a presença dos S.P.O. nas psicoses afetivas, entendendo que neste grupo está excluído o que denominamos clinicamente como esquizofrenia. Mas essa questão requer o esclarecimento de outra e que passaremos a abordar em seguida.

Trata-se da questão da hierarquia dos sintomas na psicopatologia clínica, cujo significado é de que uma determinada categoria de sintoma relativiza a outra. Entendemos que essa hierarquia é função de uma estrutura e dependendo do sentido desta. Desse modo temos, sintomas que vão dos mais gerais (neuróticos) aos mais específicos (psicóticos), distribuídos na seguinte sequência:

1) SINTOMAS NEURÓTICOS (ANSIEDADE, DEPRESSÃO REATIVA, ETC.)

2) SINTOMAS PSICÓTICOS:

2.1 - ENDÓGENOS:

DEPRESSÃO E MANIA

ESQUIZOFRENIA

(ALUCINAÇÃO, DELÍRIO, ETC)

2.2 - EXÓGENOS:

AGUDOS (DISTÚRBIOS DA CONSCIÊNCIA)

CRÔNICOS (DETERIORAÇÃO DA INTELI-

GÊNCIA E DA PERSONALIDADE)

Os sintomas mais gerais são comumente vivenciados apenas como variações quantitativas daquilo que geralmente pode ser experimentado por qualquer pessoa, por exemplo, a depressão reativa. Já os sintomas específicos (psicóticos) são qualitativamente novos, não existindo um fenômeno que lhe seja equivalente na psicologia do normal. Assim por exemplo, na alucinação auditiva não se trataria de uma simples intensificação da representação. Quantidade e qualidade são categorias diferentes e a relação entre elas não é de causalidade, mas dinâmica, isto é, a quantidade (como conteúdo) preenche (dialeticamente) a qualidade (forma). Não existe outra maneira da forma manifestar-se no mundo, que não seja através do conteúdo. Mas quanto a sua existência ou gênese, não se pode derivá-la de um simples acréscimo de quantidade. Faz-se necessário conceber a existência de possíveis fatores de natureza genética, que ao lado de outros (patoplásticos por exemplo), promoveriam aquele "salto" de uma categoria para outra. Como esses dois tipos de sintomas, neuróticos e psicóticos, podem coexistir simultaneamente, um paciente esquizofrênico por exemplo, pode ao mesmo tempo apresentar conflitos de natureza neurótica, o que não permite, como se faz de forma simplista, transformá-los na "causa evidente" daquela doença. Ao contrário, essa relação causal pode evidentemente ocorrer quando por exemplo, um surto psicótico traz consequências tão danosas para a personalidade do paciente, que a partir daí ele pode vir a desenvolver dificuldades de adaptação resultantes de uma queda no seu rendimento, perda de sua posição no trabalho e o desenvolvimento de conflitos neuróticos. Esse "salto" entre as categorias dos sintomas neuróticos e psicóticos é uma dicotomia que

em nada dificulta uma abordagem psicodinâmica daqueles sintomas, apenas estabelece limites naturais para ela, pois, lembrando Jaspers (1970), o todo é sempre uma dimensão que nosso pensamento não consegue abarcar, sendo a ciência sempre um conhecimento particular, que a filosofia toma emprestado para elaborar com ele uma visão abrangente do mundo.

Supondo que as variadas categorias de sintomas pudessem surgir umas após as outras numa sequência temporal contínua, teríamos que os de natureza psicótica ao surgirem, relativizariam os neuróticos já existentes, ocorrendo o mesmo entre os sintomas psicóticos, os de tipo esquizofrênico relativizando os maníaco-depressivos, e os orgânico-cerebrais relativizando os de tipo esquizofrênicos. Os elementos de uma estrutura sempre se relativizam no sentido em que a estrutura se define: re-estruturação. Segundo nosso modelo estrutural isso corresponderia a níveis hierárquicos de "rutura" na estrutura da personalidade: num extremo teríamos a deterioração da personalidade manifesta através dos característicos sintomas orgânico-cerebrais, e que resultaria da "rutura" em um nível hierárquico mais profundo, e no outro extremo o comportamento neurótico manifesto através de seus sintomas característicos, e que resultaria da "rutura" em um nível hierárquico menos profundo. Uma modificação "na" estrutura transforma-se numa modificação "da" estrutura.

O típico no sentido kraepeliniano para as psicoses pertence à PMD (Psicose Maníaco-Depressiva) ou a esquizofrenia. Os S.P.O. sempre foram desse ponto de vista considerados como típicos da esquizofrenia e importantes para o diagnóstico, mas não tendo o sentido de "sintomas primários ou fundamentais". Na psicose

endógena sua presença pode significar na maioria dos casos significativas alterações de personalidade, embora sua comprovação não nos forneça dados seguros da sua evolução.

Mas a questão das psicoses afetivas e da presença nelas dos S.P.O., torna necessário um melhor esclarecimento. Em primeiro lugar, no atual estágio das investigações sobre o assunto, é insustentável a idéia das psicoses endógenas estarem repartidas nas duas unidades patológicas da esquizofrenia e da psicose maníaco-depressiva. A experiência clínica nos oferece exemplos que nos faz reconhecer situações, onde não se pode falar simplesmente de esquizofrenia, psicose maníaco-depressiva ou mesmo de estados intermediários.

Algumas vezes o quadro sintomático é esquizofrênico típico, porém o curso não é em surtos, mas em fases e não se produz destruição da personalidade, como a que costuma aparecer em tais síndromes psicopatológicas. Noutras é fásico o curso, com boas remissões iniciais que chegam à cura, mas em episódios patológicos posteriores, originariamente maníaco-depressivos puros, aparecem paulatinamente sintomas esquizofrênicos; em contraste com os anteriores, aqui não há "restitutio ad integrum".

Existem descritas na literatura várias síndromes que consistem de uma mistura de sintomas esquizofrênicos e afetivos, numa ampla variedade de combinações, com características clínicas diversas e diferentes interpretações de seu status nosológico.

O "atípico" nas psicoses endógenas é ainda carente de uma melhor investigação não devendo ser esquecida a contribuição dada por Kleist e Leonhardt (1972), especialmente quanto ao estudo dos "estados terminais" das psicoses endógenas.

Desse modo deve-se questionar, como diz Caetano (1989), "qualquer afirmativa "inquestionável" entre as quais incluem-se os chamados sintomas patognomônicos. Pelo fato do diagnóstico em psiquiatria ainda ser para a grande maioria das desordens, sintomatológico (fenomenológico), é necessário que tenhamos critérios explícitos, critérios esses que são operacionais e com os quais a grande maioria dos psiquiatras concorda".

Assim, as psicoses esquizoafetivas cujo conceito é um dos mais controvertidos na psiquiatria contemporânea, nos traz a questão da presença dos S.P.O. fora do âmbito das esquizofrenias.

A Classificação Internacional de Doenças - 10 - Revisão (CID - 10) assim conceitua os Transtornos Esquizoafetivos (F25): "Estes são transtornos episódicos nos quais os sintomas afetivos e esquizofrênicos tanto são proeminentes quanto estão simultaneamente presentes. Seu relacionamento com os distúrbios típicos de humor (F30 - F35) e distúrbios esquizofrênicos (F20 - F24) é incerto. Os pacientes que sofrem de episódios esquizoafetivos recorrentes, particularmente aqueles cujos sintomas do tipo maníaco, mais do que depressivo, obtêm habitualmente uma recuperação completa e apenas raramente desenvolvem um estado deficitário." (Caetano - 1989).

No final da década de 60 levantou-se a questão de que a supervalorização de sintomas psicóticos, especialmente delírios, humor-incongruentes e alucinações, como critérios diagnósticos, produziram um excesso diagnóstico de esquizofrenia e uma insuficiência de diagnósticos de distúrbios afetivos.

Além disso, Maj (1984) cita outros fatores que cooperaram para essa mudança de interpretação, relatando que a presença de um grupo definido de sintomas podem ser a base para o diagnóstico de

mania, não obstante a ocorrência de sintomas "esquizofrênicos", e de que alucinações auditivas e delírios persecutórios podem ser registrados em 20 a 50% dos pacientes maníacos e deprimidos, subvertendo com isso o ponto de vista de Bleuler (seu amplo conceito de esquizofrenia), e concluindo que a esquizofrenia poderia ser talvez diagnosticada apenas após a exclusão da doença maníaco-depressiva.

E por fim, a evidência da eficácia dos sais de lítio na psicose maníaco-depressiva e a descoberta dos efeitos colaterais do tratamento neuroléptico a longo prazo, fez com que os distúrbios esquizoafetivos começassem a serem vistos como uma forma de distúrbio afetivo e não de esquizofrenia.

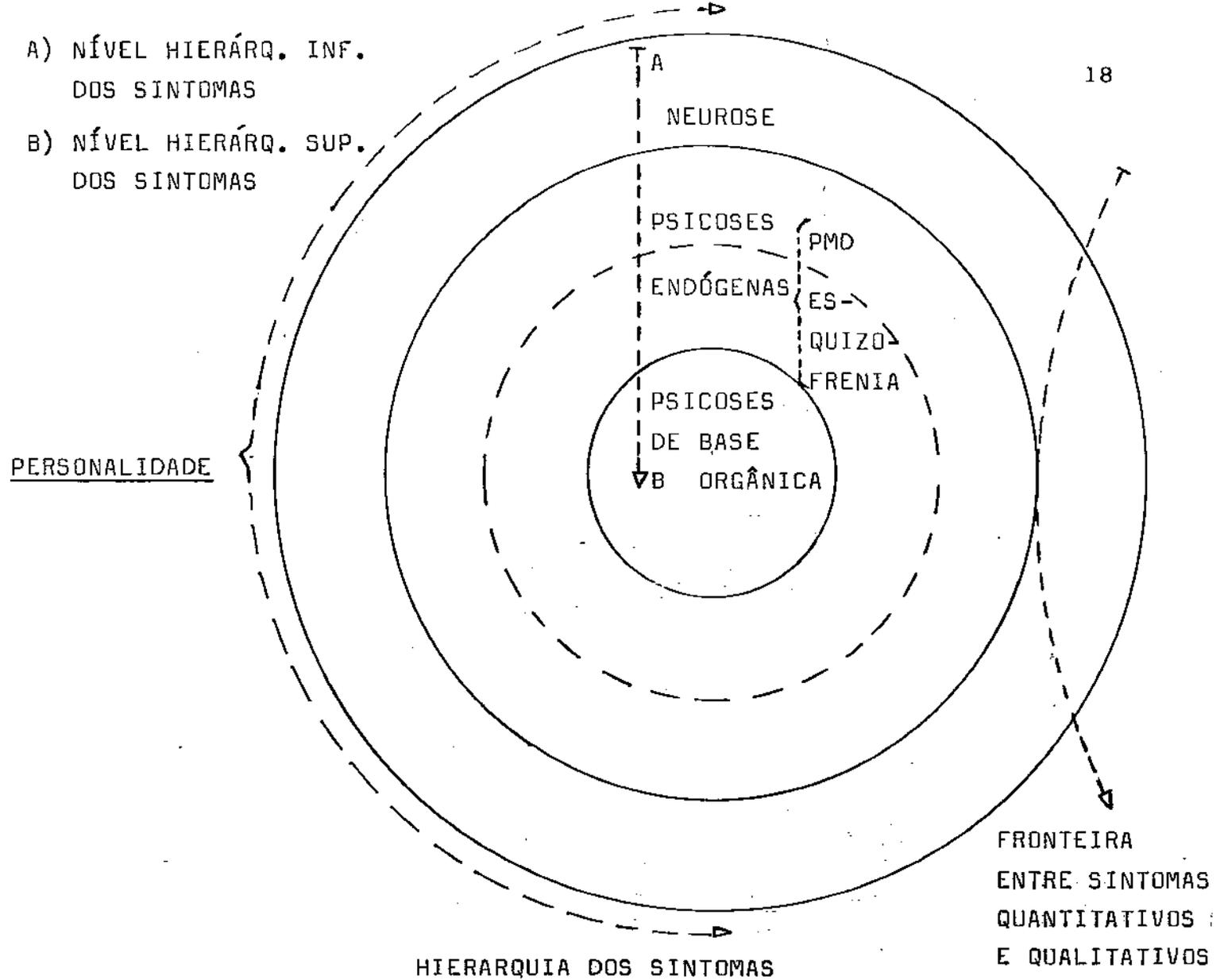
Apesar disso, ainda hoje discute-se se estes distúrbios são (Maj - 1984):

- a) uma forma de esquizofrenia;
- b) uma forma de distúrbios afetivos;
- c) uma terceira psicose independente;
- d) um estado transicional entre esquizofrenia e distúrbios afetivos;
- e) uma combinação (forma mista) de esquizofrenia e distúrbios afetivos;
- f) uma síndrome heterogênea que inclui diferentes condições.

Não se deve esquecer, que enquanto as pesquisas forem feitas usando-se diferentes critérios diagnósticos para os distúrbios esquizoafetivos, estes continuarão sendo um dos conceitos mais controvertidos da psiquiatria contemporânea.

Tudo o que foi comentado sobre a questão da hierarquia dos sintomas na psicopatologia clínica, está resumido na figura 1.

- A) NÍVEL HIERÁRQ. INF. DOS SINTOMAS
- B) NÍVEL HIERÁRQ. SUP. DOS SINTOMAS



A A B ↑ AUMENTO DO GRAU DE AUTONOMIA DOS SINTOMAS
 ↓ DIMINUIÇÃO DO GRAU DE LIBERDADE PARA A MANIFESTAÇÃO
 DA PERSONALIDADE COMO UM TODO

FIGURA 1 - HIERARQUIA DOS SINTOMAS NA PSICOPATOLOGIA CLÍNICA

Nesta figura pretendemos expressar que a sintomatologia representada no círculo mais externo pode se interligar às dos círculos mais internos. Abrangendo todos os círculos está a personalidade em cuja estrutura se manifesta toda fenomenologia humana, desde o tipicamente reconhecido como normal para uma determinada época e lugar, até aquilo que, transcendendo época e lugar se manifesta na categoria formal psicótica, endógena ou de

base orgânica.

Diante de todas essas considerações, uma possível conclusão é de que no esquema da figura 1 para uma hierarquia dos sintomas na psicopatologia clínica, deva ser introduzido no possível, os resultados dos estudos sobre as psicoses esquizoafetivas. O sentido da hierarquia dos sintomas seria nesse caso:

neurose → esquizofrenia → psicose esquizoafetiva
 → psicose de base orgânica

No caso de serem consideradas as psicoses esquizofrênica e maníaco-depressiva típicas, o esquema em sua forma original ainda é válido.

É possível que um estudo da nosologia psiquiátrica segundo o método estrutural, venha a contribuir com esclarecimentos acerca da disposição dos variados sintomas, uns em relação aos outros e de acordo com um plano hierárquico.

Como se pode observar, os trabalhos que relatamos acerca dos S.P.O. de Kurt Schneider, se preocupam de um modo geral com a questão da sua patognomonicidade e de seu valor prático para o diagnóstico da esquizofrenia.

Dando uma outra direção à pesquisa dos S.P.O., Vilela (1972-1987) encontrou num total de 750 pacientes psicóticos (endógenos ou exógenos), 15 indivíduos com esquizofrenia, e onde se registrava a presença de um ou mais S.P.O. de Kurt Schneider, uma combinação sintomática descrita pelos pacientes como "vozes" que eram "escutadas" como provenientes do interior do seu próprio corpo, sempre limitadas ao âmbito dos músculos da linguagem, isto é, região do pescoço e caixa torácica até o nível do diafragma. No

momento em que as "vozes" se manifestavam, era referido no local uma sensação vibratória que em alguns casos migrava de posição, mas sempre nos limites daquela região. Quando o paciente começava a falar, o fenômeno era inibido.

Vamos ilustrar com um exemplo clínico o fenômeno acima descrito.

L.P.C., 58 anos, sexo feminino, na ocasião da pesquisa, internada no Hospital Psiquiátrico da Tamarineira em Recife - Pe. A paciente descreve suas queixas de modo preciso e claro. Refere escutar vozes que saem do interior do seu corpo nas regiões esternal e paraesternal, pescoço, maxilar inferior esquerdo, ponta da língua e nariz. Simultaneamente experimenta sensações vibratórias que percorrem as respectivas regiões e encontrando-se, no momento, de boca fechada e em silêncio: "Falou-me a Virgem Maria, dizendo que não pode ser advogada do povo da Terra, porque assim ficará contra seu filho. A voz é de dentro do meu corpo, manifestando-se no local do coração, pescoço, queixal esquerdo, ponta da língua e nariz (ao fazer a descrição a paciente aponta para a região distal do esterno e ascende até o nível do pescoço). Sai falando e eu sinto que toda a região fica vibrando. Escuto tão claro quanto eu falo para o senhor, vozes sem serem escutadas no ouvido, porque se verificam certamente por dentro, eu não ouço verdadeiramente, não as escuto vindas de fora. Creio que elas sobem por dentro. Estou de boca fechada, e a língua dobra igual ou mais do que quando eu estou falando. Às vezes chegam na ponta da língua, estando eu de boca fechada e sem pensar".

Perguntamos a paciente se isso teria algo a ver com seu pensamento, ao que nos respondeu: "De forma alguma. Tenho certeza

como esse sol ilumina, de que não é do meu pensamento. É uma voz que eu sinto somente aqui (aponta para a região esternal), falando com uma sabedoria que eu não preciso pensar. Parece até que eu estou destituída da minha cabeça". Prossequindo, diz que também escutava vozes dentro da cabeça: "Fala dentro da cabeça, claro como uma pessoa conversando". A paciente distingue com clareza as "vozes" provenientes do interior do corpo, daquelas "vozes" alucinadas vindas de fora: "A Terra falou para mim, mas as palavras da Terra eu ouvi no ouvido. Era falando debaixo da Terra para o meu ouvido". A paciente compara essa vivência alucinatória interna com o "ventríloco", explicação que aceitou de um pastor protestante, o qual lhe dissera ser isso "um dom da antiguidade, raro nos dias atuais".

Foi caracterizado ainda no quadro psicopatológico um delírio sistematizado, fantástico confabulatório, alucinações sinestésicas, auditivas e visuais, e vivência de imposição no domínio corporal.

Nossa hipótese foi a de que essa combinação sintomática é muito específica para o diagnóstico da esquizofrenia, mas que seu valor prático como sintoma patognomônico é secundário, dada a sua raridade.

Não se trata de sonorização do pensamento, já que a diferença é constatada através da descrição dos pacientes, que expressamente comunicam localizarem-se as vozes no interior do corpo, sempre na musculatura envolvida nos mecanismos da linguagem.

Concluindo, alucinações acústicas simultaneamente como impulsos de inervação no domínio da musculatura dos mecanismos da linguagem, no caso de serem comunicadas com clareza de consciência

e excluindo-se a possibilidade de uma psicose de base orgânica, representam um S.P.O. no sentido de Kurt Schneider para o diagnóstico da esquizofrenia. É possível que como resultado da liberação de centros subjacentes dos centros inibitórios superiores, os fenômenos de inervação no domínio da musculatura dos mecanismos da linguagem, resultam de uma diminuição do efeito inibitório. Por esta razão, se admite a existência de uma função integradora que liga os músculos do âmbito da linguagem com os processos de pensamento: quando dita função é prejudicada, então torna-se evidente através das vivências do paciente.

Carpenter (1974) fez uma "análise transcultural dos S.P.O. de Kurt Schneider" (um estudo IPSS), onde os dados diagnósticos coletados em nove países mostraram que nove S.P.O. são suficientemente frequentes e discriminatórios para o diagnóstico da esquizofrenia. No entanto, como foram encontrados em pacientes com outros diagnósticos, não foram considerados neste trabalho como absolutamente discriminatórios para a esquizofrenia.

Ainda em relação aos S.P.O. na esquizofrenia, Karl Koehler et al (1977) analisaram 210 casos de arquivo em centros germânicos de orientação "Schneideriana". Eles observaram que 69 (33%) dos pacientes apresentaram S.P.O. Estes autores fazem uma crítica à afirmação de que os S.P.O. não seriam típicos das doenças afetivas, e que se eles são encontrados, os aspectos afetivos são automaticamente deslocados ao "status" de sintomas de segunda ou terceira ordem.

Em relação a esses dois últimos trabalhos podem-se aplicar as mesmas considerações e críticas feitas anteriormente sobre a hierarquia das categorias dos sintomas na psicopatologia.

Posteriormente, Chandrasena e Rodrigo (1979) publicaram um trabalho, onde foi considerada a prevalência e as implicações diagnósticas dos S.P.O. em uma população da Ásia. Foi estudada uma população de pacientes em Sri Lanka que receberam o diagnóstico de esquizofrenia somente na presença dos S.P.O. O resultado evidenciou baixa prevalência para os S.P.O., mas os critérios diagnósticos usados eram muito amplos, e pacientes com sintomas semelhantes à possessão não eram levados para tratamento médico por serem, apesar disso, ainda aceitos pela comunidade como pessoas não doentes. Contudo, a presença dos S.P.O. consistia num significativo apoio para o diagnóstico da esquizofrenia.

Recentemente Andreasen e Akiskal (1983) fizeram uma reavaliação crítica da especificidade dos sintomas de Bleuler e Schneider. Em relação aos sintomas de Bleuler, os quais parecem ser um contínuo com a normalidade, os de Schneider são nitidamente patológicos.

É feita uma comparação entre a associação do pensamento em esquizofrênicos, maníacos e depressivos, não sendo encontrada nenhuma diferença essencial. Acreditamos que essa semelhança é aparente, pelo menos em determinados casos, e que ao longo do tempo ela se mostra numa diferença essencial, onde os pacientes maníacos e depressivos, uma vez superada essas fases, voltam ao seu estado anterior, enquanto nos pacientes esquizofrênicos, a tendência é no sentido da permanência desse distúrbio.

Numa outra comparação, a pobreza afetiva revelada na mímica, na psicomotricidade, etc, entre esquizofrênicos e pacientes com distúrbios afetivos, vê-se novamente como semelhantes.

Mas a vivência clínica parece ser outra. A vida afetiva é

sempre difícil de se descrever, mas quem já teve oportunidade de lidar com esses pacientes, percebe que a afetividade transmitida pelo paciente esquizofrênico é geralmente distinta da que é transmitida pelos pacientes com distúrbios afetivos. Por exemplo, na depressão endógena geralmente existe do paciente para o terapeuta uma ressonância afetiva, o que não é igualmente observado na esquizofrenia. Isto não impede que certos esquizofrênicos possam ser comunicativos.

Não se quer negar que existam semelhanças, pois elas existem evidentemente em outros pontos, e mesmo porque, o pano de fundo de toda a doença é a personalidade, e na prática nem sempre é fácil a distinção entre o que é simples variação quantitativa a nível de personalidade pré-mórbida e o que é novo como fenômeno psicótico. Lembramos aqui o que foi considerado anteriormente sobre as psicoses esquizoafetivas.

Andreasen e Akiskal falam da necessidade de uma melhor pesquisa sobre a confiabilidade dos S.P.O., e o AMDP, um exame psiquiátrico global, (e que foi utilizado por nós neste trabalho) parece ser o instrumento adequado para a tarefa.

Noutro ponto de sua pesquisa Andreasen e Akiskal falam de que os S.P.O. estavam associados com o núcleo esquizofrênico ou uma síndrome paranóide, exceto em 17% de pacientes maníacos, que também apresentavam pelo menos um S.P.O., embora estes "não estivessem presentes no nível da certeza".

Tudo isso reforça a idéia de que, para se constatar que os S.P.O. possam estar associados a outras entidades clínicas que não seja a esquizofrenia, faz-se necessário a utilização de conceitos clínicos melhor definidos. Ainda relatam, aqueles

autores que quando o diagnóstico diferencial estava entre a esquizofrenia versus psicose afetiva, a especificidade dos S.P.O. para a esquizofrenia era de 90%. Assim, S.P.O. "maciços" indicam esquizofrenia com elevado grau de certeza, tendo sido as vivências de influência o mais específico dos S.P.O..

Ainda neste trabalho os mesmos autores fazem uma comparação da sensibilidade (que é a frequência da manifestação do fenômeno clínico) com a utilidade dos S.P.O.: Mellor relatou 72% de sensibilidade (119 esquizofrênicos); Carpenter 51% (103 esquizofrênicos); Taylor 28% ; estudos em Sri Lanka: 25% no primeiro surto e o dobro nos episódios subsequentes.

Todas essas variações no nosso entender, estão na dependência do conceito clínico daqueles que investigam a esquizofrenia.

Chandrasena (1987) fez um estudo comparativo internacional e inter-étnico dos S.P.O. de K. Schneider. Esse autor concluiu que, embora a patognomonicidade dos S.P.O. tenha sido refutada, eles tendem a ter um alto valor discriminativo para a esquizofrenia. Um aspecto que nos parece importante nesse estudo de Chandrasena é a citação das dificuldades para se realizar um estudo internacional dos S.P.O., pois:

- 1 - o original é escrito em alemão;
- 2 - Schneider usou vinhetas clínicas, que embora sejam claras sobre o que são os S.P.O., são pouco precisas sobre a natureza deles próprios;
- 3 - nenhum estudo comparativo avaliou os oito sintomas;
- 4 - uma outra dificuldade é a variação metodológica, o uso de diferentes instrumentos padronizados ou definições

clínicas variadas;

- 5 - o problema da "crença cultural" em países em desenvolvimento, sobrepondo-se com determinados S.P.O.;
- 6 - o uso de "terapias não-convencionais" por minorias étnicas é uma outra variável importante que retarda a admissão do paciente ao hospital.

A conclusão final do autor é que existem variações verdadeiras e aparentes na prevalência dos S.P.O. entre grupos étnicos diferentes e entre nações diferentes. Assim, o baixo valor discriminativo limita uma comparação diagnóstica entre diferentes nações, baseado num grupo de sintomas, como os S.P.O. de K. Schneider.

A pesquisa clínica ainda sofre as consequências da falta de um melhor acordo entre os investigadores dos vários centros, o que se pode concluir por exemplo, dos resultados dos estudos sobre os S.P.O. de Kurt Schneider. Acredito que uma rigorosa descrição do fato clínico já é um bom começo, e aqui tentamos partir deste ponto.

I.3 - SUGESTÃO DE UM MODELO PARA O ESTUDO DO EU ESQUIZOFRÊNICO

Nossa sugestão de um modelo para o estudo do eu esquizofrênico, tem como ponto de referência os fenômenos clínicos observados na manifestação daquela doença.

Está bem fundamentada a hipótese de uma predisposição genética para a esquizofrenia, como foi abordado por Frota Pessoa (1989), e os achados neuroanatômicos e bioquímicos são cada vez melhor evidenciados através de uma tecnologia cada vez mais

avançada, como bem o demonstrou Hübner (1989). Mas nossa abordagem será essencialmente voltada para o quadro clínico, fenomenológico.

Uma questão que nos parece importante, tomando emprestada as palavras de Weitbrecht (1978), é a de que no estudo da esquizofrenia "ou se destaca uns poucos sintomas numa relação psicológica compreensível, em detrimento de outros não menos importantes que aí não se ajustam, ou no empenho de se compreender todos os sintomas importantes e de poder conciliá-los, se amplia de modo geral um hipotético transtorno fundamental, que ao final nada esclarece de característico da esquizofrenia".

Desse modo por exemplo, a literatura sobre a questão da significação central do "paranóide" na esquizofrenia é muito vasta, e com razão, pois realmente trata-se de um fenômeno clínico que observamos frequentemente naquela doença (86% delas em algum momento do curso clínico apresentam delírio, sendo o de caráter persecutório o mais frequente).

"O paranóide é o núcleo da psicose esquizofrênica". Esta é a conclusão dos estudos de Werner Janzarik (1968), que foi aluno de Kurt Schneider, sobre os cursos clínicos daquela doença. Este autor acompanhou na década de 50, por cinco anos, a evolução clínica de 100 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, onde cada um deles já tinha pelo menos vinte anos de doença (alguns inclusive tendo já sido observados no passado por autores como Mayer-Gross, Gruhle e o próprio Kraepelin).

Janzarik observou que nas subformas clínicas da esquizofrenia (simples, hebefrênica ou catatônica), muito frequentemente em algum momento no transcurso do tempo, ocorrem característicos sintomas paranóides, concluindo daí a possível

significação central do "paranóide" na esquizofrenia.

O problema é que, apesar da grande predominância da sintomatologia paranóide, ocorrem também subformas clínicas catatônicas, hebefrênicas e até com acentuado caráter destruidor da personalidade, sem exibir aquela sintomatologia.

A própria neurologia não conhece "centros" cuja excitação ou eliminação tenha por consequência a síndrome da "perseguição mágica" ou da "onipotência mágica", enquanto que inibição e excitação, tristeza e alegria, apatia e agressividade, etc. são influenciáveis a partir de determinadas regiões cerebrais. Em outras palavras, se se quer falar de "algo central" na esquizofrenia, o paranóide, apesar de manifestar-se com muita frequência, não se presta para figurar como tal.

Para Wyrsh (1955), o correlato somático desses sintomas psicopatológicos seriam sistemas nervosos centrais muito complexos, integradores de determinadas estruturas funcionais psíquicas de grande diferenciação e que constituem em parte o "centro da pessoa". Seriam perturbáveis de vários modos, inclusive pelo desconhecido "morbus" esquizofrênico.

Klaus Conrad (1963) em sua monografia intitulada "A Esquizofrenia Incipiente" analisa o delírio do ponto de vista da psicologia da forma (Gestalt).

Também deve-se considerar a idéia de Kleist (1928) de uma "degeneração" endógena em analogia às degenerações sistemáticas neurológicas. Foi A. Silveira (1959) entre nós, quem mais pesquisou sobre esse tema.

É possível que, na esquizofrenia o que se observa clinicamente através dos variados sintomas é de certa forma uma

"rutura" ou "cisão" do eu. Esse processo parece implicar numa radical alteração da estrutura do eu, pois é possível que aquelas estruturas que dentro do arcabouço da personalidade são o suporte para a vivência do eu, possuem uma estabilidade e segurança maior frente às sobrecargas e comoções reativo-vivenciais, do que os substratos da impulsividade e do ânimo.

As situações reais mais graves de apuro e perseguição têm por consequência muito mais reações depressivas do que reações paranóides.

De um modo geral, qualquer pesquisa deve ter claro seus limites ao fazer afirmações, para não se cair em generalizações sem fundamento. É o que Karl Jaspers (1971) diz por exemplo em seu livro "Introdução ao pensamento filosófico": "A ciência autêntica se contenta com aprender o possível, avança rumo ao infinito, sem entretanto perder noção das próprias limitações". O conhecimento científico é sempre um conhecimento particular, onde este precisa ser "bem" delimitado. A apreensão do todo é tarefa da filosofia.

E é dentro dessa perspectiva que pretendemos analisar os fatos clínicos por nós registrados. Abordá-los descritivamente é de importância indiscutível quanto ao objetivo de caracterizá-los, mas não parece ser suficiente para nosso propósito, que é o de apreendê-los como dotados de sentido, em relação a uma estrutura da qual eles se originaram.

É a possibilidade de situar o sintoma (ele próprio uma subestrutura), em suas relações com uma estrutura mais abrangente, que nos levou a escolher o método estrutural. Através dele é possível uma melhor análise do processo de cisão ou rutura do eu que acreditamos ocorrer na esquizofrenia.

O modelo estrutural nos possibilita conceber o sintoma como que ocupando uma "parte do espaço", dentro de um "espaço maior" da estrutura que lhe deu origem, e desempenhando sua função numa dimensão temporal. É sobre a dialética desse processo e baseado nos nossos resultados, que tentaremos abordar a questão.

I.4 - OBJETIVOS

GERAIS

- Analisar os S.P.O. de Kurt Schneider em relação ao curso clínico evolutivo na esquizofrenia.
- Analisar os S.P.O. de Kurt Schneider em relação a personalidade.
- Desenvolver um modelo estrutural ou sistêmico para os S.P.O. de Kurt Schneider na esquizofrenia.

ESPECÍFICOS

- Verificar os S.P.O. de Kurt Schneider no que diz respeito a: frequência, intensidade e variedade, no início e no final de tratamento, nas diferentes subformas clínicas.
- Verificar se a idade do paciente interfere ou não na frequência, intensidade e variedade dos S.P.O. de Kurt Schneider.

II - METODOLOGIA

II.1 - DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi derivada de pacientes examinados quando da sua internação (1^a. semana) em hospitais psiquiátricos da região de Campinas. Deses pacientes, selecionamos aqueles cujos quadros clínicos correspondiam ao diagnóstico de esquizofrenia, tomando-se por base o critério da Classificação Internacional das Doenças (CID-9).

Desse grupo separamos os pacientes que apresentavam um ou mais S.P.O. de Kurt Schneider (percepção delirante, vozes que dialogam entre si, alucinações auditivas que acompanham as ações do paciente, difusão do pensamento, roubo do pensamento, subtração do pensamento, pensamento sonoro, vivência de imposição no domínio corporal, dos sentimentos e do pensamento), cujos quadros clínicos eram agudos ou crônicos com agudização da sintomatologia, excluindo-se aqueles com prejuízos da personalidade, ou déficit intelectual. Disto resultou uma amostra de 40 pacientes, (Quadro I).

A distribuição por sexo foi a seguinte: 26 mulheres (65%) e 14 homens (35%), numa proporção de 1,9 mulher para cada homem. A faixa etária abrangeu idades entre 19 e 59 anos (média = 34,9 ± 10,2) (Quadro II).

QUADRO I - DISTRUBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM O LOCAL DE ATENDIMENTO CLÍNICO

Local de Atendimento	N ^o .de Casos	%
Sanatório Santa Isabel	16	40,0
Casa de Saúde Dr. Bierrenbach	12	30,0
Sanatório Dr. Cândido Ferreira	09	22,5
Ambulatorio Cl. Privada	02	5,0
Ambulatório Hosp. Cl. Unicamp	01	2,5
TOTAL	40	100,0

QUADRO II - DISTRUBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA

Faixa Etária (anos)	N ^o de Casos	%
20 ——— 30	15	37,5
30 ——— 40	13	32,5
40 ——— 50	07	17,5
50 ——— 60	05	12,5
TOTAL	40	100,0

Em relação a faixa etária, um paciente com 29 anos e 11 meses está incluído entre 20 - 30 anos. Aqueles com trinta anos completos serão incluídos na faixa etária seguinte. Um único caso com 19 anos foi incluído na faixa etária entre 20/30 anos.

II.2 - INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Os pacientes foram entrevistados através de dois instrumentos, os quais avaliaram o estado mental (corte transversal) no início e no final do tratamento (AMDP: Associação para Metodologia e Documentação em Psiquiatria) e a personalidade (corte longitudinal) no final do tratamento (16PF em sua forma A; Dezesesseis Fatores de Personalidade).

O AMDP, instrumento que vem sendo aperfeiçoado há aproximadamente vinte anos por grupos de pesquisadores de vários países (Alemanha, país de origem, Suíça, Austria e mais recentemente Portugal, Inglaterra e Estados Unidos), consiste em sua forma atual num conjunto de cinco formulários (reproduzidos nas páginas seguintes), onde são registrados dados sócio-econômicos, biográficos, psicopatológicos e somatológicos (aqueles distúrbios somáticos que podem se expressar na sintomatologia psicopatológica, por ex., boca seca, náuseas, vômitos, etc) de pacientes psiquiátricos.

Do conjunto resulta uma observação psiquiátrica padronizada, que possibilita um estudo do paciente segundo um corte longitudinal (formulários 1, 2 e 3) e outro transversal (formulários 4 - exame psíquico - e 5 - achados somáticos).

Para cada item dos formulários há uma definição. Especialmente para o formulário 4, composto de 100 itens e onde se podem acrescentar novos achados, existe um glossário. Os sintomas são avaliados segundo sua intensidade (ausente, leve, médio e intenso), havendo a possibilidade de se registrar dúvidas quanto a sua presença.

IDENTIFICAÇÃO		DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA
Nome:	Tempo de Observação (em dias):	INSTITUIÇÃO: SETOR <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Enfermaria EXAMINADOR
Idade:	Nº de aplicação do Formulário:	
Sexo	Período Total de Observação:	
Nº de Arquivo do Prontuário:	Data do exame:	
Nº do paciente dentro do estudo:		

1. INICIATIVA DA INTERNAÇÃO - OU CONSULTA Sem efeito Nada a declarar

VOLUNTARIAMENTE INVOLUNTARIAMENTE

Iniciativa Própria Psiquiatra Tutor
 Cônjuge Outro médico Outro Depto. de saúde
 Família Ambulatório do Hospital Outras Instituições
 Vizinho Outros Hospitais Outros

2. ESTADO CIVIL Nada a declarar

Solteiro Casado Viúvo
 Desquitado Divorciado

3. FILHOS

Filhos Próprios Sem efeito Nada a Declarar

1 2 3 4 5 +5

Filhos Adotivos Sem Efeito Nada a Declarar

1 2 3 4 5 +5

4. IRMÃOS

Irmãos Biológicos SE ND

1 2 3 4 5 +5

Irmãos Adotivos SE ND

1 2 3 4 5 +5

Gêmeos Presente SE ND

Melo-Irmãos: Presente SE ND

Lugar na Ordem de Nascimento

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 +10

5. IDADE DO 1º MATRIMÔNIO SE ND

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20 30 40 50 60 70 80 90

6. LUGAR DE CRESCIMENTO (ATÉ 15 anos) ND

Cidade Grande Cidade Pequena
 No Campo Em diferentes Regiões

7. LÍNGUA MATERNA ND

Português Inglês Espanhol
 Japones Árabe Poliglota
 Italiano Alemão Francês
 Outra Língua Européia

8. MORADORES DA RESIDÊNCIA SE ND

Paciente Cônjuge Irmãos
 Pais Filhos Outros

9. DESPESAS DA RESIDÊNCIA À CARGO DE: SE ND

Paciente Cônjuge Irmãos
 Pais Filhos Outros

10. NÚMERO DE PESSOAS POR RESIDÊNCIA SE ND

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 +10

11. NÚMERO DE QUARTOS DA RESIDÊNCIA SE ND

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 +10

12. ESCOLARIDADE Sem efeito Nada a declarar

J. De Infância Concluído Não concluído Em formação
 C. Primário C. NC EF
 C. Secundário C. NC EF

13. PROFISSIONALIZAÇÃO SE ND

C. Pedagógico C. NC EF
 C. Técnico Secun dário C. NC EF
 C. Universitário C. NC EF
 Outros C. NC EF

14. ATIVIDADE PROFISSIONAL SE ND

Prendas Domésticas P. Domésticas com Atividade Complementar
 Profissão Liberal Empresário Autônomo
 Funcionário Público (não diretor) Funcionário Público (diretor)
 Empregado (n. Diretor) Diretor (Emp. Privada)
 Trabalhador Especialista Ordinário
 Especialista Qualifica do Outros

15. SITUAÇÃO PROFISSIONAL SE ND

Não exerce a profissão Sem Trabalho
 Inscrito

16. APOSENTADO SE ND

Prematura não Prematura
 com Atividade Complementar

17. SETOR PROFISSIONAL SE ND

Setor Privado Setor Público

Agricultura / Pesca Floresta Transporte/Comunicações
 Indústria Comércio
 Manufaturas Banco /Seguro
 Serviços /Cerais Pesquisa / Ensino
 Militar Outros

18. LOCAL DE MORADIA SE ND

Casa ou Apto. alugado Casa ou Apto. Próprio
 Sublocatário H. Comunitária
 Sem residência fixa Outros

19. RENDIMENTO LÍQUIDO POR MÊS SE ND

DM 1 2 3 4 5 6 7 8 9

M 1 2 3 4 5 6 7 8 9

C 1 2 3 4 5 6 7 8 9

20. RELIGIÃO ATUAL/ CONCEPÇÃO DO MUNDO (IDEOLOGIA) SE ND

Protestante Judaica Católica
 Islâmica Ideologia Outras
 Convertido

21. INTENSIDADE DA RELIGIOSIDADE/ DA IDEOLOGIA SE ND

Leve Médio Intenso

IDENTIFICAÇÃO		DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA
Nome:	Tempo de Observação (em dias):	INSTITUIÇÃO: SETOR: <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Enfermaria EXAMINADOR:
Data do Nascimento	Nº de aplicação do Formulário:	
Sexo:	Período Total de Observação:	
Nº de Arquivo do Prontuário:	Data do Exame:	
Nº do Paciente dentro do Estudo:		

24. MOLESTIA ATUAL SEM EFEITO NADA A DECLARAR

Primeira Manifestação Presente SE ND

Idade da Primeira Manifestação SE ND

1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	20	30	40	50	60	70	80	90

25. MANIFESTAÇÕES ANTERIORES DA MOLESTIA SE ND

Forma do Curso: SE ND

Intermitente Remissão Total
 Crônico Remissão Parcial

Gravidade da Moléstia desde o Início: SE ND

Progressiva Estacionária
 Decrescente Ondulante

Mudança de Sintomatologia: Presente SE ND

26. SINTOMATOLOGIA ATUAL DA DOENÇA SE ND

Sobrecarga ou Stress no Período de 3 Semanas antes do início:

Somático SE ND
 Psíquico SE ND

Duração até à internação:

1 Semana +1 Mes +6 Meses +1 Ano -1 Ano

27. DISTÚRBIOS PRECOZES DO DESENVOLVIMENTO SE ND

Gravidez ou Parto Patológicos Presente SE ND

Retardo do Desenvolvimento Psicomotor Presente SE ND

Sintomatologia Primordial Neurótica Presente SE ND

28. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS NA FAMÍLIA SE ND

Parentes de 1º Grau		Parentes de 2º Grau	
1 Pessoa	+1 Pessoa	1P	+1 Pessoa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Doenças Orgânicas Cerebrais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Psicose Afetiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Distúrbios Não Psicóticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dist. Não Classificáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. TENTATIVA DE SUICÍDIO (TS) ENTRE OS FAMILIARES SE ND

Parentes Próximos Parentes Distantes

Número Total 1 2 3 4 5 +5

30. SUICÍDIO ENTRE OS FAMILIARES SE ND

Parentes Próximos Parentes Distantes

Número Total 1 2 3 4 5 +5

31. TENTATIVA DE SUICÍDIO (TS) DO PACIENTE SE ND

1 2 3 4 +4

Última tentativa de Suicídio:

+ 1 Mes + 6 Meses + 1 Ano + 5 Anos + 5 Anos

32. EPISÓDIOS PSIQUIÁTRICOS DEFINIDOS SE ND

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 +10

33. INTERNAÇÕES EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS SE ND

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 +10

34. TRATAMENTOS ANTERIORES SE ND

Ambulatorial Internado Hospital Diurno

Medicina Geral Psiquiatria geral Psicoanalítico

Terapia comportamental ECT Outros

35. TRATAMENTOS ANTERIORES COM PSICOFÁRMACOS SE ND

Doença	Neurolépticos (Resultado)	Antidepressivos (Resultado)	Ansiolíticos (Resultado)
Atual	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -/?	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -/?	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -/?
Última	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anticonvulsivantes (Resultado)	Neurolépticos Depot	
Atual	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -/?	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -/?	<input type="checkbox"/> -/?
Última	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. DIAGNÓSTICO DE ADMISSÃO

A Ordenação Nosológica Foi:

Fácil Regular Difícil

CÓDIGO DIAGNÓSTICO:

CID: _____

37. DIAGNÓSTICO DE ALTA

A Ordenação Nosológica Foi:

Fácil Regular Difícil

CÓDIGO DIAGNÓSTICO:

CID: _____

38. EXPERIÊNCIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DO EXAMINADOR

Menos de 1 ano de 1 a 3 Anos de 3 a 5 Anos 5 Anos ou Mais

IDENTIFICAÇÃO		DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA	
NOME: _____ SEXO: _____ IDADE: _____ Nº DO PRONTUÁRIO: _____ Nº DO PACIENTE DENTRO DO ESTUDO: _____ DIAGNÓSTICO (CID 9): _____	TEMPO DE OBSERVAÇÃO EM DIAS: _____ Nº DE APLICAÇÃO DO FORMULÁRIO: _____ DATA DO EXAME: _____ PERÍODO TOTAL DE OBSERVAÇÃO: _____ DATA DO VIDEOTAPE: _____	INSTITUIÇÃO: _____ SETOR: _____ <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Enfermaria EXAMINADOR: _____	
Ausente- leve- médio - intenso- nada a declarar	Ausente- leve - médio - intenso - nada a declarar	Ausente- leve- médio - intenso- nada a declarar	
<input type="checkbox"/> DISTÚRBIOS DA CONSCIÊNCIA 1. Diminuição da Consciência <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. Turvação da Consciência <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. Estreitamento da Consciência <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. Aumento da Consciência <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	14. Percepção Delirante <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. Intuição Delirante <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 36. Idéias Delirantes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 37. Delírio Sistematizado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 38. Dinâmica Delirante <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ----- 39. Delírio de Referência <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 40. Delírio de Prejuízo e de Perseguição <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 41. Delírio de Cúmes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 42. Delírio de Culpa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 43. Delírio de Ruína <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 44. Delírio Hipocondríaco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 45. Delírio da Grandeza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 46. Outros Conteúdos de Delírio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	77. Labilidade Afetiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 78. Incontinência Afetiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 79. Rigidez Afetiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DISTÚRBIOS DOS IMPULSOS E DA PSICOMOTRICIDADE 80. Pobreza de Impulsos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 81. Inibição dos Impulsos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 82. Aumento da Impulsividade <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 83. Inquietação motora/Agitação Psicomotora <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 84. Paracinesias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 85. Maneirismos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 86. Teatralidade <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 87. Mutismo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 88. Logorréia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VARIAÇÕES CIRCADIANAS 89. Agravamento pela Manhã <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 90. Agravamento à Tarde <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 91. Melhora à Tarde <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OUTROS DISTÚRBIOS 92. Diminuição da Sociabilidade <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 93. Aumento da Sociabilidade <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 94. Agressividade <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 95. Suicidalidade <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 96. Autoagressividade <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 97. Ausência de Sentimento de Dorça <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 98. Ausência de Consciência de Dorça <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Recusa de Tratamento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 100. Necessidade de Cuidados Especiais <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> R1. Negativismo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> R2..... R3..... R4..... R5..... <input type="checkbox"/> GRAU DE CERTEZA DOS ACHADOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DISTÚRBIOS DO DESENVOLVIMENTO INTELECTUAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dis. Int. Congênitos <input type="checkbox"/> Dis. Int. Adquiridos <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> DISTÚRBIOS DA ORIENTAÇÃO 5. Desorientação no tempo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. Desorientação no espaço <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. D. com respeito à situação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. D. com respeito à própria pessoa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	47. Ilusões <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 48. Alucinações Auditivas Verbais <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 49. Outras Alucinações Auditivas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 50. Alucinações Visuais <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 51. Alucinações Corporais <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 52. Alucinações Gustativas e Olfativas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DISTÚRBIOS DA SENSOPERCEÇÃO 47. Ilusões <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 48. Alucinações Auditivas Verbais <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 49. Outras Alucinações Auditivas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 50. Alucinações Visuais <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 51. Alucinações Corporais <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 52. Alucinações Gustativas e Olfativas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> DISTÚRBIOS DA ATENÇÃO E DA MEMÓRIA 9. Distúrbios da Apreensão <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. Distúrbios da Concentração <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. Distúrbios da Capacidade de Fixação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. Distúrbios da Capacidade de Evocação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13. Confabulações <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14. Paramnesias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DISTÚRBIOS DA CONSCIÊNCIA DO EU 53. Desrealização <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 54. Despersonalização <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 55. Difusão do Pensamento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 56. Subtração do Pensamento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 57. Imposição de Pensamento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 58. Outras Vivências de Influências Estranhas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DISTÚRBIOS DA AFETIVIDADE 59. Perplexidade <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 60. Sentimento de Falta de Sentimento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 61. Pobreza de Afetos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 62. Distúrbios Afetivos Vitais <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 63. Depressão <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 64. Desesperança <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 65. Angústia/ Ansiedade <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 66. Euforia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 67. Disforia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 68. Irritabilidade / Tensão <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 69. Inquietação Interna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 70. Lamúria / Propensão a Queixas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 71. Sentimento de Insuficiência <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 72. Sentimento de Sobreestinação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 73. Sentimento de Culpa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 74. Sentimento de Ruína <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 75. Ambivalência Afetiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 76. Paratímia (Afetos Paradoxais) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> DISTÚRBIOS FORMAIS DO SENTIMENTO 15. Inibido <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16. Lentificado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 17. Prolixo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 18. Pobreza de Pensamento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 19. Perseveração <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 20. Ruminação/Idéias Fixas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 21. Aceleração do Pensamento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 22. Fuga de Idéias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 23. Pararespostas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 24. Bloqueios/Intercepção do Pensamento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 25. Incoerência/ Desagregação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 26. Neologismos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DISTÚRBIOS DA AFETIVIDADE 59. Perplexidade <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 60. Sentimento de Falta de Sentimento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 61. Pobreza de Afetos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 62. Distúrbios Afetivos Vitais <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 63. Depressão <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 64. Desesperança <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 65. Angústia/ Ansiedade <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 66. Euforia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 67. Disforia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 68. Irritabilidade / Tensão <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 69. Inquietação Interna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 70. Lamúria / Propensão a Queixas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 71. Sentimento de Insuficiência <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 72. Sentimento de Sobreestinação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 73. Sentimento de Culpa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 74. Sentimento de Ruína <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 75. Ambivalência Afetiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 76. Paratímia (Afetos Paradoxais) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OBSESSÕES, COMPULSÕES, FOBIAS 27. Desconfiança <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 28. Hipocondria (não Delirante) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 29. Fobias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 30. Pensamentos Obsessivos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 31. Impulsos Obsessivos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 32. Compulsões <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DELÍRIO 33. Humor Delirante <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

O AMDP foi aplicado em sua totalidade, mas para o propósito da nossa pesquisa destacamos os formulários 3 e 4.

No formulário 3 os itens utilizados foram:

- 24 - Idade em que tem início a doença;
- 25 - A forma do seu curso;
- 28 - Antecedentes psiquiátricos na família;
- 32 - O número de episódios psiquiátricos definidos;
- 33 - As internações em hospitais psiquiátricos;
- 34 - Os tratamentos anteriores.

No formulário 4 utilizamos os seguintes sub-itens:

- 33 a 46 - registro do delírio.
- 47 a 52 - distúrbios de sensopercepção.
- 53 a 58 - distúrbios da consciência do eu.
- 59 a 79 - distúrbios da afetividade.
- 92 a 100 - outros distúrbios.

O tempo de aplicação do AMDP foi de aproximadamente 50 minutos. O formulário 4 foi aplicado no início e no final do tratamento, possibilitando uma comparação da sintomatologia (especialmente dos S.P.O.) nesses dois momentos. Em nossa pesquisa utilizamos a versão da edição de 1979.

O 16PF compõe-se de 187 questões (descritas nas páginas seguintes), todas com três alternativas para resposta. São destinadas a verificar os interesses e atitudes, não havendo respostas certas ou erradas, exceto as de números 28, 53, 54, 77, 78, 102, 103, 127, 128, 152, 153, 177 e 178, que aferem inteligência.

QUESTIONÁRIO 16 PF

FORMA A

INSTRUÇÕES

Este caderno encerra algumas perguntas destinadas a verificar os seus interesses e as suas atitudes. Não há respostas certas ou erradas, porque cada um tem o direito de ter as suas próprias opiniões. Se voce quer que lhe possamos dar uma orientação correta, responda com toda a exatidão e veracidade.

Com este caderno lhe foi dada uma Folha de Respostas. No verso dessa folha, escreva o seu nome e outros dados pedidos. Agora responda primeiro às quatro questões abaixo, a fim de verificar se voce tem alguma explicação a pedir, antes de começar o teste. As questões estão impressas neste caderno, mas voce vai responder nessa folha separada, acompanhando o número das questões com muita atenção, para fazer sempre coincidir o número da resposta com o número da questão.

Há três respostas possíveis para cada questão. Leia os exemplos abaixo e marque a sua resposta no alto da folha de respostas, em que está escrito Exemplos, da seguinte maneira : se voce escolher a resposta, a, faça um X no primeiro quadrinho da esquerda; se escolher b, faça o X no quadrinho do meio; se escolher c, faça o X no último quadrinho, à direita.

EXEMPLOS :

1. Gosto de assistir a jogos de equipe a) sim, b) às vezes, c) não.
2. Prefiro as pessoas a) reservadas, b) mais ou menos, c) que fazem amigos com facilidade.
3. Dinheiro não traz felicidade a) sim (certo), b) em dúvida, c) não (falso).
4. Mulher está para criança assim como ovelha está para a) cordeiro, b) cabrito, c) menino.

No último exemplo, há uma resposta certa, cordeiro. Porém há poucos itens assim, de raciocínio, entre as questões.

Se alguma coisa não ficou clara, pergunte agora. Daqui a pouco o examinador pedirá que virem a página e comecem.

Ao responder, tenha sempre em mente estes quatro pontos :

1. Não fique muito tempo refletindo para decidir. Dê a resposta mais natural, que lhe ocorrer primeiro. As questões, é claro, são muito curtas e não lhe dão todas as informações que voce gostaria de ter. Por exemplo, logo acima fala-se de "jogos de equipe", e pode ser que você goste mais de futebol e menos de bola ao cesto. Mas você deve responder "em média". Considere sempre a média das situações que forem propostas. Dê a melhor resposta que voce puder, num ritmo não inferior a cinco ou seis

respostas por minuto. Assim voce deverá terminar o teste em pouco mais de meia hora.

2. Procure não dar as respostas intermediárias, "em dúvida", "mais ou menos", etc., a não ser que a decisão entre a e c seja realmente impossível para você — talvez uma vez cada duas ou três questões.
3. Esteja certo de não saltar nada. Responda sempre, de alguma forma, a cada questão. Algumas talvez não se apliquem muito bem a você, mas dê sempre o seu melhor palpite. Outras parecerão muito pessoais. Não tenha receio: as folhas de respostas são confidenciais e só podem ser avaliadas por uma chave especial. Além disso, as questões são consideradas globalmente; não se examinam questões isoladas.
4. Responda tão sinceramente quanto possível o que for verdade. Não assinale uma resposta simplesmente porque ela parece "o que se deve responder" para impressionar bem.

1. Compreendi claramente as instruções deste teste. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
2. Estou pronto a responder a todas as questões com toda sinceridade. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
3. Tudo andaria melhor se todos gozassem realmente boas férias anuais. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
4. Tenho bastante energia para enfrentar as minhas dificuldades. (a) sempre, (b) geralmente, (c) raramente.
5. Fico um pouco nervoso diante de animais selvagens, mesmo quando eles estão em jaulas bem fortes. (a) sim, (b) às vezes, (c) não.
6. Quando me perguntam se sei fazer bem alguma coisa, acho direito responder com certa modéstia. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
7. Sou capaz de fazer observações irônicas e sarcásticas aos outros, quando acho que são merecidas. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
8. Eu me dou melhor com pessoas : (a) de espírito aberto, que evitam tirar conclusões precipitadas, (b) entre um e outro, (c) de opiniões prontas e definidas
9. Se eu visse uma briga entre duas crianças minhas vizinhas (a) deixariam que elas se entendessem sozinhas, (b) em dúvida, (c) interferiria, para apaziguá-las.
10. Em reuniões sociais, eu (a) tomo logo a iniciativa de conversar, (b) entre um e outro, (c) prefiro ficar quieto numa atitude discreta.
11. De preferência, eu seria (a) um engenheiro contrutor, (b) em dúvida, (c) um professor de ciências sociais.

12. Passaria uma noite livre, de preferência : (a) com um bom livro, (b) em dúvida, (c) trabalhando com amigos, num passatempo de meu gosto.
13. Sou capaz, de modo geral, de suportar pessoas convencidas, mesmo quando elas se gabam ou se julgam superiores ao que realmente são. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.
14. Preferia casar-se com alguém que : (a) despertasse admiração geral, (b) em dúvida, (c) tivesse talentos artísticos e literários.
15. Às vezes sem razão nenhuma, tomo antipatia por certas pessoas, (a) tão leve, que disfarço com facilidade, (b) entre um e outro, (c) tão forte, que sou tentado a manifestá-la.
16. Acho que é mais importante : (a) ensinar todos os povos a se entenderem bem, (b) em dúvida, (c) abolir as leis que impedem às pessoas proceder, na sua vida sexual, como melhor lhes pareça.
17. Percebo logo as tentativas de propaganda que estão por trás das coisas que leio. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
18. Acordo durante a noite e custo a dormir de novo, remoendo minhas preocupações. (a) freqüentemente, (b) algumas vezes, (c) raramente.
19. Tenho certeza de que poderia controlar-me para fazer face a uma emergência. (a) sempre, (b) geralmente, (c) raramente.
20. A difusão da prática do controle da natalidade é essencial para se resolverem os problemas de paz e economia mundiais. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.

21. Muitos dos problemas de hoje decorrem da falta de: (a) idealismo moral e religioso, (b) em dúvida, (c) orientação científica da educação e do pensamento.
22. Para realizar alguma coisa, eu trabalharia, de preferência: (a) com uma equipe, (b) em dúvida, (c) por conta própria, talvez com um ou dois assistentes.
23. Quando vou realizar alguma coisa fico num tal estado de tensão, que gasto mais energia que a maioria das pessoas. (a) constantemente, (b) às vezes, (c) nunca.
24. No meu serviço, gosto de variar constantemente o tipo de trabalho. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
25. Quando estou sentado, quieto, numa reunião, sinto necessidade de fazer rabiscos ou de ocupar as mãos em alguma coisa. (a) nunca, (b) às vezes, (c) freqüentemente.
26. Com o mesmo salário e as mesmas horas de trabalho, eu gostaria mais da vida de (a) carpinteiro ou cozinheiro, (b) em dúvida, (c) garçom de um bom restaurante.
27. Num negócio, eu preferia trabalhar: (a) no escritório, (b) em dúvida, (c) atendendo fregueses.
28. Entre "pá" e "escavar" existe a mesma relação que entre "faca" e (a) afiar, (b) cortar, (c) cavar.
29. Prefiro evitar as ocasiões de me cansar e excitar muito. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.
30. Ouviria, de preferência: (a) uma banda de música, (b) em dúvida, (c) um bom coro numa igreja.
31. Não tenho muita fé na minha habilidade em fazer as coisas corriqueiras tão bem quanto as outras pessoas. (a) quase sempre, (b) muitas vezes, (c) uma vez ou outra.

32. Costumo ficar meio nervoso e perturbado diante de meus chefes.
(a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.
33. Às vezes faço, de brincadeira, umas observações imprudentes, só pelo gosto de surpreender os outros e ver o que eles vão dizer. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
34. Sou uma pessoa acomodada, que não insiste em fazer sempre as coisas com toda a exatidão possível. (a) certo, (b) em dúvida, (c) falso.
35. Fico ligeiramente embaraçado se, de repente, num grupo, passo a ser o foco da atenção dos outros. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
36. Tenho sempre prazer em participar de uma reunião grande, como, por exemplo, de uma festa, de um baile ou de uma reunião de debates. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.
37. Na escola, eu preferia: (a) música, (b) em dúvida, (c) trabalhos manuais.
38. Acho que a maioria das pessoas tem um "parafuso a menos" embora elas mesmas não gostem de reconhecê-lo. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
39. Prefiro um amigo (do meu sexo) que : (a) reflita com seriedade sobre suas atitudes na vida; (b) em dúvida, (c) seja prático e eficiente ao tratar de seus interesses.
40. Tenho, às vezes, disposições de ânimo que eu mesmo reconheço serem despropositadas. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
41. Acho que as pessoa deviam basear a maioria de suas decisões (a) naquilo que seus sentimentos lhes dizem que é correto, (b) em dúvida, (c) em lógica inteligente e realismo frio.

42. Os moços têm idéias rebeldes e pouco práticas mas, à medida que crescem, deveriam refreá-las e tornar-se mais ajuizados. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.
43. Tenho tendência a me preocupar sem razão suficiente. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.
44. Fico de mau humor e sem vontade de ver ninguém. (a) uma vez ou outra, (b) algumas vezes, (c) freqüentemente.
45. Nos momentos de tristeza sinto uma grande necessidade de ter alguém em quem me apoiar. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.
46. Entre os quatorze ou quinze anos, se me acontecia ter uma opinião diferente da de meus pais, geralmente, eu (a) mantinha a minha própria opinião, (b) entre um e outro, (c) aceitava até certo ponto, a opinião de meus pais.
47. Aos quatorze ou quinze anos, eu tomava parte nos jogos esportivos no colégio. (a) raramente, (b) com certa freqüência, (c) muito freqüentemente.
48. Eu pararia de preferência na rua: (a) para observar um artista pintando, (b) em dúvida, (c) para ouvir uma discussão entre um grupo de pessoas.
49. Às vezes fico em estado de tensão e inquieto, quando penso em coisas que aconteceram durante o dia. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.
50. Duvido, às vezes, de que as pessoas com quem estou falando estejam realmente interessadas no que estou dizendo. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.
51. Com um mesmo ordenado e a mesma posição social, gostaria mais de ser: (a) um guarda florestal, (b) em dúvida, (c) um professor de ginásio ou de escola primária.

52. Gosto de música (a) leve, sem floreios e viva, (b) entre as duas, (c) romântica e sentimental.
53. "Cansado" está para "trabalho" assim como " vaidoso" está para (a) descanso, (b) glória, (c) exercício.
54. Qual dos elementos seguintes é de uma espécie diferente dos outros? (a) vela, (b) lua, (c) luz elétrica.
55. Admiro meus pais em tudo que é importante. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
56. Tenho algumas qualidades em que me sinto superior à maioria das pessoas. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
57. Não recusaria um trabalho que obrigasse a andar sujo e desarrumado o dia inteiro. (a) certo, (b) em dúvida, (c) falso.
58. Tenho tendência a ser: (a) exageradamente otimista, (b) entre os dois, (c) exageradamente pessimista.
59. Acho que ter bastante liberdade é mais importante que boas maneiras e respeito à lei. (a) sim, (b) entre os dois, (c) não.
60. Costumo conservar-me calado na presença de pessoas mais velhas (pessoas de mais experiência, idade ou posição). (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
61. Acho difícil fazer um discurso ou declamar em público. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.
62. Meus amigos me consideram uma pessoa extraordinariamente prática e realista. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
63. Consigo esquecer com facilidade as "gaffes" que cometo. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.

64. Sou capaz de entrar numa disputa cerrada com um competidor, sem muitos sentimentos de ciúme ou hostilidade. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.
65. Tenho tendência a esquecer uma porção de coisas triviais, sem importância, tais como nomes de ruas ou de lojas da cidade. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.
66. Gostaria mais de: (a) descobrir sozinho o enredo de uma estória complicada, (b) em dúvida, (c) jogar um jogo que exigisse habilidade manual e golpe de vista.
67. Gostaria mais de que me mostrassem: (a) uma prisão de criminosos reincidentes, (b) em dúvida, (c) um sistema modelar de rede de esgoto.
68. Sinto-me bem ajustado à vida e às suas exigências. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
69. Os outros me dizem, às vezes, que eu demonstro demais, nos gestos e na voz, a minha excitação. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
70. Às vezes acho impossível fazer tudo o que tenho que fazer no dia, sem ficar apressado e mal humorado. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
71. Prefiro casar-me com alguém que: (a) saiba manter a família interessada em suas próprias atividades, (b) entre um e outro, (c) faça a família participar de vida social.
72. Hoje em dia, dificilmente a gente consegue fazer alguma coisa sem ser dirigido ou explorado pelas grandes empresas ou pelo governo. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.

73. Posso fazer a maioria dos meus trabalhos sem me perturbar com pessoas que façam barulho a meu redor. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) Não.
74. Acho que, por uma ou duas vezes, nos últimos tempos, fui censurado com mais rigor do que merecia. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
75. Em ocasião de muita tensão, ou quando estou sobrecarregado, sou sujeito a indigestões ou prisão de ventre. (a) nunca, (b) uma vez ou outra, (c) com frequência.
76. Tratando-se de uma invenção de utilidade prática, eu gostaria mais de: (a) trabalhar na invenção, num laboratório, (b) em dúvida, (c) procurar colocá-la no mercado.
77. "Surpresa" está para "estranho" assim como "medo" está para (a) corajoso, (b) angustiado, (c) terrível.
78. Qual das seguintes frações não pertence à mesma classe que as outras? (a) $3/7$, (b) $3/9$, (c) $3/11$.
79. Gostaria de escrever, num jornal, sobre teatro, concertos, óperas, etc. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
80. Acho que os outros me tratam com menos consideração do que eu mereço, dadas as minhas boas intenções. (a) frequentemente, (b) às vezes, (c) não.
81. O uso de palavrões me desagrada, mesmo quando no grupo não há pessoas do outro sexo. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
82. Tenho sem dúvida menor número de amigos que a maioria das outras pessoas. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
83. Basta que os participantes de um grupo que eu esteja dirigindo obedeçam às instruções que eu der e eu garanto um bom resultado. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.

84. Os outros, às vezes, me dizem que sou desleixado. embora me considerem uma pessoa de boas qualidades. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
85. A minha timidez sempre me embaraça quando eu quero dirigir-me a uma pessoa atraente, mas estranha, do outro sexo. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.
86. Daria preferência a emprego: (a) de salário fixo e certo, (b) entre um e outro, (c) de salário alto mas dependendo sempre de meu esforço para demonstrar que o mereço.
87. Prefiro ler: (a) uma descrição real de lutas militares ou políticas, (b) em dúvida, (c) uma novela cheia de sensibilidade e imaginação.
88. Quando as pessoas muito mandonas tentam fazer de mim um "pau mandado", faço exatamente o oposto do que elas querem. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.
89. Uma pessoa que magoa ou prejudica um amigo ou um parente próximo, ainda assim, pode, razoavelmente, ser considerada como um ser decente e normal. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
90. Gosto de estar sempre aprendendo a lidar com novidades e invenções, desde abridores de lata até automóveis. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
91. A gente precisa ter muito cuidado em não se misturar com toda a sorte de pessoas estranhas, porque ocorre o risco de contágio de infecções e outras coisas. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.

92. Gostaria de que fizessem uma campanha em favor (a) do aumento do consumo de legumes, para evitar que matem tantos animais, (b) nem uma nem outra, (c) de operações para evitar que sejam gerados débeis mentais.
93. Se meus conhecidos me tratam mal e demonstram que não gostam de mim (a) não dou a mínima importância, (b) entre os dois, (c) costume ficar deprimido.
94. As pessoas que dizem que "as melhores coisas da vida são de graça", são, em geral, as que só possuem o que é gratuito. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
95. Seria melhor que guardássemos mais rigorosamente os domingos como dias de oração. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.
96. Quando eu tinha meus dezessete ou dezoito anos, costumava sair com pessoas de outro sexo: (a) muitas vezes, (b) como a maioria das pessoas, (c) muito pouco.
97. Gosto de tomar parte ativa em movimentos sociais, comissões organizadoras, etc. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.
98. A idéia de que as moléstias são provocadas tanto por causas psicológicas como por causas físicas tem muito exagero. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
99. Pequenas contrariedades às vezes me irritam demais. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.
100. Quando me irritam, sou capaz de dar respostas atravessadas que ferem os sentimentos alheios. (a) nunca, (b) raramente, (c) frequentemente.

101. Quando em viagem gosto de ocupar meu tempo livre: (a) conversando com pessoas do lugar sobre seus trabalhos, seus interesses, etc., (b) entre um e outro, (c) apreciando o ambiente.
102. "Tamanho" está para "comprimento" assim como "desonestidade" está para (a) prisão, (b) pecado, (c) furto.
103. AB está para dc assim como SR está para (a) qp, (b) pq, (c) tu.
104. Quando os outros se mostram facciosos e apaixonados, eu, simplesmente, (a) fico calado, (b) entre um e outro, (c) desprezo-os.
105. Consigo sempre mudar meus velhos hábitos, sem dificuldades e sem reincidências. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
106. Creio que me caracterizam melhor os adjetivos: (a) educado e calmo, (b) entre um e outro, (c) vivo e ativo.
107. Tenho a impressão de que alguns de meus talentos nunca se revelaram bastante para serem devidamente apreciados pelos outros. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
108. Gosto de ir a um espetáculo ou a um divertimento (a) menos de uma vez por semana (menos que a média), (b) cerca de uma vez por semana (na média), (c) mais de uma vez por semana (mais que a média).
109. Eu faço com que qualquer pessoa que prejudique meu bom nome acabe por se arrepender. (a) geralmente, (b) algumas vezes, (c) raramente.
110. Tenho pelo menos tantos amigos do outro sexo quanto do meu. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.

111. Mesmo quando uma partida é importante, fico mais interessado no prazer que o jogo me dá do que na vitória. (a) sempre, (b) geralmente, (c) às vezes.
112. Gostaria mais de um trabalho de: (a) orientação de jovens na procura de suas carreiras futuras, (b) em dúvida, (c) dirigente de uma indústria.
113. Se eu tiver certeza de que uma pessoa é injusta ou está procedendo com egoísmo, chamo-lhe a atenção, mesmo que me custe alguma coisa. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
114. A maioria das pessoas se aborrecem em ter trabalho por causa dos outros, ainda que, com a maior delicadeza, afirmem que não é incômodo nenhum. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
115. Os meus sentimentos artísticos sobrepõem, às vezes, o meu bom senso. Por exemplo, eu jamais viveria num apartamento decorado com mau gosto, nem mesmo para fazer economia. (a) certo, (b) em dúvida, (c) falso.
116. Gosto de: (a) ficar livre e desimpedido de compromissos pessoais. (b) mais ou menos, (c) ter um círculo de boas amizades, mesmo que elas me imponham obrigações.
117. Acho que é mais importante, no mundo moderno, resolver: (a) as dificuldades políticas, (b) em dúvida, (c) os problemas de ordem moral.
118. De vez em quando tenho um vago sentimento de perigo, ou de medo súbito, sem motivo suficiente. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
119. Em criança eu tinha medo do escuro. (a) freqüentemente, (b) algumas vezes, (c) nunca.

120. Numa noite livre, eu gostaria mais de: (a) Assistir a um filme sobre fatos de nossa História, (b) em dúvida, (c) ler uma novela de ficção científica ou um tratado sobre "Ciência e Sociedade".
121. Fico preocupado quando penso que os outros estão me achando sem cerimônia ou extravagante. (a) bastante, (b) um pouco, (c) de jeito nenhum.
122. A maioria das pessoas seria mais feliz se estivesse mais em contato com os outros e fizesse as mesmas coisas que eles. (a) sim, (b) mais ou mesmo, (c) não.
123. Quando estou conversando, prefiro: (a) dizer as coisas como elas me vêm à cabeça, (b) em dúvida, (c) pensar bem e dizê-las da maneira mais exata possível.
124. É freqüente eu zangar-me à toa com os outros. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.
125. Quando alguma coisa me transtorna muito, geralmente volto à calma com bastante rapidez. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.
126. ganhando a mesma coisa, eu preferia ser: (a) um advogado, (b) em dúvida, (c) um piloto de avião de carga.
127. "Menor" está para "máximo" assim como "melhor" está para (a) mau, (b) mínimo, (c) péssimo.
128. Qual dos seguintes grupos de letras viria em seguida a esta série : xooooxxooxxx? (a) xox, (b) oox, (c) oxx.
129. Às vezes, depois de ter projetado um passeio ou um divertimento qualquer, não me sinto com bastante disposição para sair: (a) certo, (b) em dúvida, (c) falso.

130. Seria capaz de me dar bem com a vida de veterinário, lidando com moléstias e cirurgias de animais. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
131. Às vezes, com pessoas que não conheço, eu falo de meus interesses e de coisas que sei fazer bem, sem que elas me tenham perguntado nada. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
132. Empleo muito do meu tempo livre conversando com amigos sobre festas com que me diverti no passado. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.
133. Gosto de fazer coisas arriscadas e imprudêntes só para me divertir. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.
134. Acho que se pode confiar em que a polícia não maltratará pessoas inocentes. (a) certo, (b) em dúvida, (c) falso.
135. Considero-me uma pessoa muito prosa e sociável. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
136. Em sociedade, eu (a) costumo demonstrar facilmente minhas emoções, (b) mais ou menos, (c) guardo minhas emoções para mim mesmo.
137. Passaria, de preferência, uma tarde (a) jogando cartas, (b) em dúvida, (c) com amigos, executando alguma coisa.
138. Procuro dar risada menos ruidosas que a maioria das pessoas, quando me contam alguma coisa engraçada. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
139. Quando, num ajuntamento, alguém me empurra (a) nunca me incomodo, (b) às vezes me aborreço, (c) irrito-me.
140. O ensino das diferentes concepções sobre o que é certo e o que é errado é: (a) sempre interessante, (b) coisa que não se pode evitar, (c) desagradável e inútil.

141. Estou sempre interessado em assuntos de mecânica, por exemplo carros e aeroplanos. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.
142. Gosto de tentar resolver problemas que outros já complicaram. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
143. Sou considerado, com justiça, apenas como um esforçado, mais ou menos bem sucedido. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
144. Se os outros se aproveitam da minha amizade, eu (a) fico ofendido e ajo em consequência, (b) entre um e outro, (c) logo me esqueço e desculpo.
145. Sou considerado como uma pessoa refletida, fiando-me, em grande parte, em minhas próprias idéias. (a) sim. (b) mais ou menos, (c) não.
146. Gosto de fazer meus planos sozinho, sem interrupções e sugestões dos outros. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
147. Às vezes, deixo-me levar, em minhas ações, por sentimentos de inveja. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
148. Sei que levo um pouquinho mais a sério que os outros a maioria das coisas que eu faço. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
149. Costumo ficar trêmulo ou transpirar, quando penso em alguma tarefa difícil que deva realizar. (a) geralmente, (b) às vezes, (c) nunca.
150. No ano passado, eu (a) achei que a vida correu num mar de rosas, (b) tive apenas preocupações normais, (c) tive um pouco mais de preocupações que o normal.
151. Gostaria mais da vida de: (a) artista, (b) em dúvida, (c) secretário de clube social.
152. Qual das seguintes palavras não é da mesma natureza das outras? (a) nenhum, (b) algum, (c) muitos.

153. "Chama" está para "calor" assim como "rosa" está para (a) espinho, (b) pétalas vermelhas, (c) perfume.
154. Tenho sonhos muitos vívidos, que perturbam o meu sono: (a) frequentemente, (b) às vezes, (c) praticamente nunca.
155. Mesmo quando as probabilidades de êxito são mínimas, ainda assim sou capaz de arriscar. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.
156. Gosto quando sei tão bem o que um grupo tem que fazer que me torno, naturalmente, seu dirigente. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.
157. Prefiro vestir-me: (a) muito discreta e corretamente, (b) entre os dois, (c) com um quê de pessoal, de modo a chamar a atenção.
158. Tenho mais prazer em passar uma noite: (a) ocupado num passatempo de meu gosto, (b) em dúvida, (c) numa festa alegre.
159. Ao pensar nas possibilidades do meu trabalho, eu (a) acredito que possa resolvê-las à medida que elas vão surgindo, (b) entre um e outro, (c) procuro traçar meus planos com antecedência, antes que elas surjam.
160. Ao decidir qualquer coisa, faço questão fechada de atender aos princípios básicos da conduta correta. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
161. Contraria-me, sempre, um pouco, ter gente a me observar enquanto trabalho. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
162. Tenho quase sempre meu quarto em perfeita ordem, com todas as coisas em seu lugares. (a) sim. (b) mais ou menos, (c) não.
163. Na escola eu preferia: (a) português, (b) em dúvida, (c) matemática ou aritmética.

164. Algumas vezes fiquei aborrecido porque falaram mal de mim, pelas costas, sem nenhum fundamento. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
165. A conversa com pessoas comuns, presas a convenções e formalismos (a) muitas vezes é interessante, (b) mais ou menos, (c) irrita-me, porque é banal e superficial.
166. Fico embaraçado quando me cumulam de elogios e cumprimentos. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.
167. Acho mais sensato manter o poderio militar de uma nação do que procurar fazer acordos internacionais. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
168. Sou considerado uma pessoa séria e firme, a quem se pode entregar uma responsabilidade. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
169. Acho que a sociedade devia ser mais pronta em adotar novos costumes e abandonar velhos hábitos e simples tradição. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
170. Minhas opiniões variam de maneira imprevisível, por que eu confio mais nos meus sentimentos do que no raciocínio lógico. (a) sim, (b) até certo ponto, (c) não.
171. Eu aprendo mais : (a) lendo um livro bem escrito, (b) entre um e outro, (c) participando em um grupo de discussão.
172. Há ocasiões em que não posso dominar um sentimento de pena de mim mesmo. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
173. Antes de dar minha opinião, gosto de esperar até ter certeza de que o que vou dizer está certo. (a) sempre, (b) geralmente, (c) só quando a ocasião o permite.

174. Às vezes, algumas coisas pequeninas "me dão nos nervos" de maneira intolerável, embora eu saiba que elas não tem importância. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
175. Tanto no trabalho físico como no mental, eu sinto necessidade de descanso: (a) só quando todo o mundo já está exausto, (b) mais ou menos como a maioria das pessoas, (c) antes de muitos outros, se tiver que dar o máximo.
176. Eu preferia casar-me com alguém que: (a) tivesse uma posição de destaque, num grupo, (b) entre um e outro, (c) fosse um companheiro atencioso.
177. Qual das palavras seguintes não é da mesma natureza das outras? (a) largo, (b) ziguezague, (c) reto.
178. "Logo" está para "nunca" assim como "perto" está para (a) em parte alguma, (b) distante, (c) próximo.
179. Eu adormeço com a mesma facilidade, quer tome café, chá ou mate, antes de ir para a cama, quer deixe de tomar. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.
180. Consideram-me, às vezes, como uma pessoa teimosa, que segue sua própria cabeça, independente da opinião alheia. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.
181. Acho que tenho mais facilidade em mostrar: (a) coragem para aceitar provações, (b) em dúvida, (c) tolerância com as opiniões alheias.
182. Em geral sou tido como uma pessoa animada e entusiástica. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.
183. Gosto de um trabalho que proporcione mudança, variedade, viagens, mesmo que envolva algum perigo. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.

184. Com esforço razoável e com perseverança, qualquer pessoa pode alcançar êxito na vida. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.
185. Gosto de trabalhos manuais que exijam perícia, esforço e paciência. (a) sim, (b) mais ou menos, (c) não.
186. Não costumo tentar convencer meus amigos a saírem quando eles preferem, simplesmente, ficar em casa. (a) certo, (b) em dúvida, (c) falso.
187. Tenho certeza de que não saltei nenhuma questão e que respondi a todas convenientemente. (a) sim, (b) em dúvida, (c) não.

Sua aplicação foi feita no final do tratamento da seguinte forma: os pacientes que sabiam ler (35; 87,5%) responderam o questionário sozinhos. Para aqueles que não sabiam ler (5; 12,5%), as questões e respostas eram lidas em voz alta, procurando-se não dar ênfase a quaisquer respostas. Estas eram assinaladas na medida em que o paciente respondia.

Segue uma descrição condensada dos Dezesesseis Fatores de Personalidade observados nessa pesquisa:

DESCRIÇÃO CONDENSADA DOS DEZESSEIS FATORES

PRIMÁRIOS DE PERSONALIDADE OBSERVADOS NA NOSSA PESQUISA

FATOR A

RESERVADO, indiferente, crítico, frio. (Sizotimia, anteriormente Esquizotimia)

A pessoa com resultado baixo neste fator (esteno 1 a 3) tende a ser formalizada, fria, cética e arredia. Prefere as coisas às pessoas, gosta de trabalhar sozinha e é propensa a

ser intransigente em suas opiniões. Tende a ser precisa e "rígida" na maneira de fazer as coisas e em seus padrões pessoais — traços esses desejáveis em muitas ocupações. Pode tender, às vezes, a ser crítica, obstrutiva e dura.

FATOR B

MENOS INTELIGENTE, pensamento concreto. (Capacidade mental mais baixa)

A pessoa com resultado baixo neste fator é mais lenta para aprender e apreender, inclinada a interpretações literais e concretas. Sua lentidão pode ser simplesmente um reflexo do baixo nível de inteligência, ou pode resultar de seu funcionamento deficiente, devido a psicopatologias.

FATOR C

SENSÍVEL ÀS IMPRESSÕES AFETIVAS. Emotivamente instável, facilmente perturbado. (Menor força do Ego)

Com baixo resultado no Fator C, a pessoa tende a ser incapaz de tolerar frustrações decorrentes de condições insatisfatórias, inconstante, impressionável, esquivando-se às exigências da realidade; sujeita a fadiga neurótica e irritável, facilmente se emociona e se contraria, insatisfeita, com sintomas neuróticos (fobias, perturbações do sono, mal-estares psicossomáticos).

Baixo resultado em C é comum a quase todas as formas de neuroses e algumas psicoses.

FATOR E

HUMILDE, brando, acomodaticio, conformado. (Submissão)

A pessoa com resultado baixo no Fator E tende a ceder aos outros, a ser dócil, a conformar-se. Frequentemente é dependente, pronta a reconhecer suas culpas e tem uma preocupação obsessiva por correção. Esta passividade faz parte de muitas síndromes neuróticas.

FATOR F

SÓBRIO, prudente, sério, taciturno. (Dessurgência)

A pessoa com resultado baixo em F, tende a ser comedida, reticente, introspectiva. Às vezes pode ser melancólica, pessimista, excessivamente ponderada e tida pelos observadores como "impecável" e meticulosamente correta. Tende a ser uma pessoa séria e digna de confiança.

DESPREOCUPADO, impulsivamente animado, alegre, entusiasta.
(Surgência)

Com altos resultados, a pessoa tende a ser jovial, ativa, tagarela, franca, expressiva, agitada, despreocupada. Frequentemente é escolhida como líder por eleição. Pode ser impulsiva e volúvel.

FATOR G

EVASIVO, esquiva-se de normas, sente-se com poucas obrigações.
(Menor força do Superego)

A pessoa com resultado baixo no Fator G, tende a ser instável em seus propósitos. De comportamento imprevisível e

fortuito, não se empenha em empreendimentos coletivos nem se esforça por aderir às exigências da sociedade. Sua independência das influências do grupo pode levá-la a atos anti-sociais, mas às vezes torna-se mais eficiente, porque, não se deixando enlear por normas e regras, é menos sujeita a perturbações psicossomáticas devidas a "stress".

FATOR H

ACANHADO, reprimido, receoso, tímido. (Threctia)

Com baixo resultado neste traço, a pessoa tende a ser acanhada, retraída, cautelosa, modesta. Geralmente tem sentimentos de inferioridade. Tende a ser lenta e inibida para falar e exprimir-se, principalmente em público, ou diante de muitas pessoas. Não gosta de ocupações que exijam contatos pessoais, prefere o convívio de um ou dois amigos íntimos a grandes grupos e não é capaz de tomar conhecimento de tudo que sucede ao seu redor.

FATOR I

BRANDO, terno, dependente, superprotegido, sensível. (Premsia)

A pessoa com alto resultado em I, tende a ser sensível e delicada, sonhadora, artista, caprichosa, feminina. Às vezes é exigente — reclama atenção e auxílio — impaciente, dependente, sem senso prático. Desagradam-lhe as pessoas rudes e as ocupações grosseiras. Tende a estorvar o desempenho de grupos e a perturbar-lhes o moral com problemas frívolos e irreais.

FATOR L

CONFIANTE, acomodado, sem ciúmes, fácil de lidar. (Alaxia)

As pessoas que têm resultados baixos em L, tendem a ser sem propensão ao ciúme, acomodados, alegres, pouco dadas a "ser do contra", preocupados com os outros, bons membros do grupo.

FATOR M

IMAGINOSO, voltado para as solicitações interiores, descuidado de assuntos práticos, boêmio. (Autia)

Com alto resultado em M, as pessoas tendem a ser informais, desinteressadas dos problemas corriqueiros de cada dia, boêmios, automotivadas, de imaginação criadora, subjetivas, interessadas em idéias básicas e no "essencial", esquecidas das pessoas e da realidade física. Seus interesses, sob comando interior, as levam por vezes a situações extravagantes acompanhadas de explosões emocionais. Dada a sua individualidade, tendem a ser rejeitadas em atividades de grupo.

FATOR N

GENUÍNO, natural, sem artifícios, sentimental. (Naturalidade)

A pessoa com baixo resultado no Fator N tende a ser simples, sentimental, sem sofisticações. Às vezes é desajeitada, mas fácil de agradar, contentando-se com pouco; é natural e espontânea.

REQUINTADO, esmerado, apurado, sagaz. (Requinte)

A pessoa com alto resultado no Fator N tende a ser polida, experimentada, elegante, requintada. Geralmente é teimosa e analítica. Tem maneira fria, não sentimental e intelectualizada, de abordar as situações, a qual se aproxima muito do cinismo.

FATOR O

APREENSIVO, preocupado, deprimido, perturbado. (Propensão ao sentimento de culpa)

Com alto resultado no Fator O, a pessoa tende a ser deprimida, mal humorada, preocupada, cheia de pressentimentos, apreensiva. Tem uma tendência infantil a angustiar-se quando em dificuldades. Em grupo, não se sente aceita nem disposta a participar. Um alto resultado em O é muito comum em grupos clínicos de todos os tipos. (Veja-se o Manual Completo).

FATOR Q₁

CONSERVADOR, respeitador de idéias estabelecidas, tolerante para com as dificuldades mantidas por tradição.

(Conservantismo)

A pessoa com baixo resultado no Fator Q₁ confia no que lhe ensinaram a acreditar, prefere aceitar o assentado, a verdade estabelecida, apesar das incongruências, em lugar de cogitar coisa melhor. É cautelosa e prudente em relação a idéias novas. Assim, tende a se opor às mudanças e a protelá-las, é inclinada a aceitar a tradição, é mais conservadora em religião e em política, e tende a não se

interessar pelo pensamento analítico e "intelectual".

FATOR Q_2

DEPENDENTE DO GRUPO, sectário, fiel seguidor. (Aderência ao grupo)

A pessoa com baixo resultado em Q_2 prefere trabalhar e tomar decisões com outras, gosta e depende da aprovação social e da admiração dos outros. Tende a acompanhar o grupo e pode carecer de resolução. Não é necessariamente gregária por gosto, mas porque precisa do apoio do grupo.

AUTO-SUFICIENTE, prefere suas próprias decisões, basta-se a si próprio. (Auto-suficiência)

A pessoa com alto resultado no Fator Q_2 é independente por temperamento, acostumada a seguir seu próprio caminho, tomando decisões e agindo por conta própria. Não leva em conta a opinião pública mas não é necessariamente dominante (veja-se Fator E). Não é que as pessoas lhe desagradem; simplesmente não precisa de seu apoio ou aprovação.

FATOR Q_3

CONTROLADO, socialmente correto, comandado por sua auto-imagem. (Autocontrole por sua auto-sentimento)

Com alto resultado em Q_3 , a pessoa tende a ter forte controle de suas emoções e de seu comportamento em geral; é atenta às regras sociais e demonstra o que comumente se chama de "respeito próprio" e consideração pela própria reputação. Todavia tende, às vezes, a ser obstinada.

Os líderes afetivos e alguns paranóides têm Q_3 alto.

FATOR Q_4

TENSO, frustrado, impulsivo, irritadiço. (Alta tensão érgica)

A pessoa com alto resultado em Q_4 tende a ser tensa, excitável, inquieta, agitada, impaciente. Está sempre fatigada, mas incapaz de permanecer inativa. Em grupos, não se dá bem conta do seu grau de unidade, de ordem e de liderança. Sua frustração representa um excesso de impulsos estimulados mas não descarregados.

II.3 - SUBFORMAS CLÍNICAS

A definição das três sub-formas clínicas da esquizofrenia, obedeceu aos critérios da literatura clássica e segundo a CID-9 (Código Internacional de Doenças) (E. Bleuler, K. Schneider, Mayer Gross, F. Slater, M. Roth, H.J. Weitbrecht, H. Delgado, G. Ewald, F.A. Fernandez, G. Huber, K. Jaspers, H.I. Kaplan e B.J. Sadock, E. Kraepelin, A.L. Nobre de Melo, W. Schulte e R. Tölle):

Paranoíde: quando predominam idéias delirantes e alucinações, geralmente ocorrendo simultaneamente. Foi a mais frequente na nossa amostra.

Hebefrênica: destacam-se distúrbios da vida afetiva (puerilidade, superficialidade afetiva, desinibição e distúrbios de pensamento). O início geralmente é na juventude e o prognóstico desfavorável na maioria dos casos.

Parafrênica: início tardio por volta dos 40 anos, destacando-se os distúrbios do pensamento (delírio), por vezes sistematizados e com tendência à cronicidade. Ao lado de idéias delirantes sistematizadas e resistentes a crítica, a personalidade se mantém bem estruturada, podendo o paciente atuar em seu meio, muitas vezes sem despertar qualquer suspeita de anormalidade ("dupla contabilidade" dos franceses).

III - RESULTADOS

III.1 - ANÁLISE DO GRUPO DE PACIENTES QUANTO A FREQUÊNCIA DAS
SUBFORMAS CLÍNICAS DA ESQUIZOFRENIA E DOS S.P.O

Como cada paciente pode apresentar um ou mais S.P.O., um mesmo paciente constará em um ou vários tipos de sintomas. Na Tabela 1 estão representadas as frequências dos S.P.O. no total da amostra, dispostas em ordem decrescente: alucinações auditivas que acompanham as ações do paciente e outras vivências de influência (42,5%); percepção delirante (40%); difusão do pensamento (20%); imposição do pensamento (15%); subtração do pensamento (12,5%).

TABELA 1 - FREQUÊNCIA DOS S.P.O. NO GRUPO DE PACIENTES

S.P.O.	Frequência dos sintomas	%
Alucinações auditivas que acompanham as ações	17	42,5
Outras vivências de influência	17	42,5
Percepção delirante	16	40,0
Difusão do pensamento	08	20,0
Imposição do pensamento	06	15,0
Subtração do pensamento	05	12,5

Representamos na Tabela 2 a distribuição das três subformas clínicas da esquizofrenia e na Tabela 3 a frequência dos S.P.O., dispostos numa ordem decrescente.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS SUBFORMAS CLÍNICAS DA ESQUIZOFRENIA NO GRUPO DE PACIENTES

Subformas Clínicas	Número de pacientes	%
Paranóide	31	77,5
Hebefrênica	06	15,0
Parافرênica	03	7,5
Total	40	100,0

TABELA 3 - FREQUÊNCIA EM ORDEM DECRESCENTE DOS S.P.O. NAS SUBFORMAS CLÍNICAS DE ESQUIZOFRENIA NO GRUPO DE PACIENTES

SPO	FREQUÊNCIA DOS SINTOMAS NAS SUBFORMAS		
	Paranóide (N=31)	Parافرênica (N=3)	Hebefrênica (N=6)
Alucinações auditivas que acompanham as ações	14(45,2%)	0(0,0%)	3(50%)
Outras vivências de influência	14(45,2%)	1(33,3%)	2(33,3%)
Percepção delirante	11(35,5%)	2(66,7%)	3(50,0%)
Difusão do pensamento	6(19,4%)	0(0,0%)	2(33,3%)
Imposição do pensamento	5(16%)	0(0,0%)	1(16,7%)
Subtração do pensamento	2(6,5%)	1(33,3%)	2(33,3%)

* N : número de pacientes com a referida subforma clínica de esquizofrenia

Na subforma Paranóide: as alucinações auditivas que acompanham as ações do paciente e outras vivências de influência foram observadas em 45,2% dos pacientes; a percepção delirante em 35,5%; a difusão do pensamento em 19,4%; a imposição do pensamento em 16,0% e a subtração do pensamento em apenas 6,5% dos pacientes.

Na subforma Hebefrênica foi observado: alucinações auditivas que acompanham as ações do paciente e percepção delirante em 50% dos indivíduos; outras vivências de influência, difusão do pensamento e subtração do pensamento em 33,3%; a imposição do pensamento encontramos em 16,7%.

Na subforma Parafrênica: a percepção delirante foi encontrada em 66,7% e outras vivências de influência e a subtração do pensamento em 33,3% dos indivíduos estudados.

A Tabela 4 representa a frequência dos S.P.O. nas subformas clínicas da esquizofrenia. Verificamos que dos 31 pacientes com subforma clínica paranóide, 20 (64,5%) apresentam apenas um S.P.O. e 11 (35,5%), dois ou mais sintomas. Na subforma clínica hebefrênica, dos 6 pacientes, 2 (33,3%) apresentam apenas um S.P.O., e 4 (66,7%), dois ou mais. Quanto a subforma clínica parafrênica, dos 3 pacientes, 2 (66,7%) apresentam apenas um S.P.O., e o terceiro (33,3%) apresentou dois ou mais.

TABELA 4 - FREQUÊNCIA DOS S.P.O. NAS SUBFORMAS CLÍNICAS DA ESQUIZOFRENIA, OBSERVADOS NO GRUPO DE PACIENTES: UM SINTOMA (1S); DOIS OU MAIS SINTOMAS (2MS)

SPO	FREQUÊNCIA DOS S.P.O. NAS SUBFORMAS					
	Paranóide		Hebefrênica		Parafrênica	
	1S (N=20) *	2MS (N=11)	1S (N=2)	2MS (N=4)	1S (N=2)	2MS (N=1)
Alucinações auditivas acompanhando as ações	7	7	1	2	0	0
Outras vivências de influência	5	9	0	2	0	1
Percepção delirante	5	6	1	2	2	0
Difusão do pensamento	3	3	0	2	0	0
Imposição do pensamento	0	5	0	1	0	0
Subtração do pensamento	0	2	0	2	0	1

* N : número de pacientes

III.2 - ANÁLISE DOS S.P.O. NO GRUPO DE PACIENTES QUANTO A INTENSIDADE E REMISSÃO EM RELAÇÃO AS SUBFORMAS CLÍNICAS, A FAIXA ETÁRIA DOS PACIENTES E A FASE DO TRATAMENTO

Quanto a intensidade dos S.P.O. no início e no final do tratamento e no total da amostra, observou-se a seguinte distribuição decrescente no seu grau de remissão: difusão do pensamento (100%); percepção delirante (93,8%); alucinações auditivas que acompanham as ações do paciente (88,2%); subtração do

pensamento (80%); outras vivências de influência (76,5%) e imposição de pensamento (67%). Todos esses resultados estão representados na Tabela 5.

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DA INTENSIDADE DOS S.P.O. DE ACORDO COM O AMDP (INTENSO, MÉDIO, LEVE, AUSENTE) EM RELAÇÃO A FASE INICIAL (I) E FINAL (F) DO TRATAMENTO DOS PACIENTES

SPO	Fase do tratamento	INTENSIDADE DOS SPO			
		INTENSO	MÉDIO	LEVE	AUSENTE
Difusão do pensamento (N=8*)	I	2(25%)	5(62,5%)	1(12%)	0
	F	0	0	0	8(100%)
Percepção delirante (N=16)	I	1(6,2%)	7(43,8%)	8(50%)	0
	F	0	0	1(6,3%)	15(93,8%)
Alucinações auditivas que acompanham as ações (N=17)	I	8(47,1%)	9(53%)	0	0
	F	0	0	2(12%)	15(88,2%)
Subtração do pensamento (N=5)	I	2(40%)	1(20%)	2(40%)	0
	F	0	0	1(20%)	4(80%)
Outras vivências de influência (N=17)	I	3(18%)	10(59%)	4(24%)	0
	F	0	2(12%)	2(12%)	13(76,5%)
Imposição do pensamento (N=6)	I	1(17%)	3(50%)	2(33,3%)	0
	F	1(17%)	0	1(17%)	4(67%)

* N : número de pacientes

No que se refere à intensidade dos S.P.O. nas subformas clínicas da esquizofrenia em relação a fase inicial e final do tratamento (Tabelas 6, 7, 8) encontramos que:

Na forma Paranoíde a remissão da percepção delirante e da

difusão do pensamento ocorreu em 100% dos pacientes; alucinações auditivas que acompanham as ações do paciente em 92,9%; outras vivências de influência em 71,4%; imposição de pensamento em 60% e subtração do pensamento em 50% dos pacientes.

Na forma Hebefrênica a difusão do pensamento, outras vivências de influência, imposição de pensamento e subtração do pensamento desapareceu em 100% dos pacientes; no entanto a percepção delirante e alucinações auditivas que acompanham as ações do paciente remitiram em 66,7% dos indivíduos.

Na forma Parafrênica a percepção delirante, outras vivências de influência e subtração do pensamento remitiram em 100% dos pacientes.

Dos resultados acima, observamos que as subformas clínicas paranóide e hebefrênica foram as que apresentaram um maior número de S.P.O. em relação a parafrênica, embora deva ser levada em consideração a diferença do número de pacientes para cada subforma clínica: paranóide (31), hebefrênica (6) e parafrênica (3).

Comparando as subformas clínicas paranóide e hebefrênica, observamos que na primeira, os S.P.O. são mais persistentes que na segunda. Na parafrênica eles são em menor número e remitem integralmente.

Levando-se em consideração os tipos de S.P.O. entre as subformas clínicas paranóide e hebefrênica, observamos que os sintomas: outras vivências de influência (71,4%), imposição de pensamento (60%) e subtração de pensamento (50%), persistem na primeira subforma clínica e remitem totalmente na segunda.

O sintoma difusão do pensamento remite totalmente em

ambas as subformas clínicas. Alucinações auditivas que acompanham as ações do paciente é mais persistente na subforma clínica hebefrênica (diferença de 26,2%), e a percepção delirante remite totalmente na paranóide, e persiste (66,7%) na hebefrênica. (Tabelas 6, 7 e 8).

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DA INTENSIDADE DOS S.P.O. DE ACORDO COM O AMDP (INTENSO, MÉDIO, LEVE, AUSENTE) NOS PACIENTES COM A SUBFORMA PARANÓIDE DA ESQUIZOFRENIA EM RELAÇÃO A FASE INICIAL (I) E FINAL (F) DO TRATAMENTO

SPO	Fase do tratamento	INTENSIDADE DOS S.P.O.			
		INTENSO	MÉDIO	LEVE	AUSENTE
Percepção delirante *(N=11/13)	I	1 (9,1%)	6 (54,5%)	4 (36,4%)	0
	F	0	0	0	11 (100%)
Difusão do pensamento (N=6/31)	I	1 (16,7%)	5 (83,3%)	0	0
	F	0	0	0	6 (100%)
Alucinações auditivas que acompanham as apóes. (N=14/31)	I	7 (50%)	7 (50%)	0	0
	F	0	0	1 (7,1%)	13 (92,9%)
Outras vivências de influência (N=14/31)	I	1 (7,1%)	10 (71,4%)	3 (21,4%)	0
	F	0	2 (14,3%)	2 (14,3%)	10 (71,4%)
Imposição do pensamento (N=5/31)	I	1 (20%)	3 (60%)	1 (20%)	0
	F	1 (20%)	0	1 (20%)	3 (60%)
Subtração do pensamento (N=2/31)	I	1 (50%)	1 (50%)	0	0
	F	0	0	1 (50%)	1 (50%)

* N : número de pacientes com o SPO sobre o total de pacientes com a forma Paranóide

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DA INTENSIDADE DOS S.P.O. DE ACORDO COM O AMDP (INTENSO, MÉDIO, LEVE, AUSENTE) NOS PACIENTES COM A SUBFORMA HEBEFRÊNICA DA ESQUIZOFRENIA EM RELAÇÃO A FASE INICIAL (I) E FINAL (F) DO TRATAMENTO

SPD	Fase do tratamento	INTENSIDADE DOS S.P.O.			
		INTENSO	MÉDIO	LEVE	AUSENTE
Percepção delirante *(N=3/6)	I	0	0	³ (100%)	0
	F	0	0	¹ (33,3%)	² (66,7%)
Difusão do pensamento (N=1/6)	I	¹ (100%)	0	0	0
	F	0	0	0	¹ (100%)
Alucinações auditivas que acompanham as ações (N=3/6)	I	¹ (33,3%)	² (66,7%)	0	0
	F	0	0	¹ (33,3%)	² (66,7%)
Outras vivências de influência (N=2/6)	I	¹ (50%)	0	¹ (50%)	0
	F	0	0	0	² (100%)
Imposição do pensamento (N=1/6)	I	0	0	¹ (100%)	0
	F	0	0	0	¹ (100%)
Subtração do pensamento (N=2/6)	I	0	0	² (100%)	0
	F	0	0	0	² (100%)

* N : número de pacientes com o SPD sobre o total de pacientes com a forma Hebefrênica

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DA INTENSIDADE DOS S.P.O. DE ACORDO COM O AMDP (INTENSO, MÉDIO, LEVE, AUSENTE) NOS PACIENTES COM A SUBFORMA PARAFRÊNICA DA ESQUIZOFRENIA EM RELAÇÃO A FASE INICIAL (I) E FINAL (F) DO TRATAMENTO

SPO	Fase do tratamento	INTENSIDADE DOS S.P.O.			
		INTENSO	MÉDIO	LEVE	AUSENTE
Percepção delirante *(N=2/3)	I	0	$\frac{1}{2}$ (50%)	$\frac{1}{2}$ (50%)	0
	F	0	0	0	$\frac{2}{2}$ (100%)
Difusão do pensamento (N=0/3)	I	—	—	—	—
	F	—	—	—	—
Alucinações auditivas que acompanham as ações (N=0/3)	I	—	—	—	—
	F	—	—	—	—
Outras vivências de influência (N=1/3)	I	$\frac{1}{1}$ (100%)	0	0	0
	F	0	0	0	$\frac{1}{1}$ (100%)
Imposição do pensamento (N=0/3)	I	—	—	—	—
	F	—	—	—	—
Subtração do pensamento (N=1/3)	I	$\frac{1}{1}$ (100%)	0	0	0
	F	0	0	0	$\frac{1}{1}$ (100%)

* N : número de pacientes com o SPO sobre o total de pacientes com a forma Parafrênica

Deixando-se de computar o escore leve para os S.P.O., o que se justifica levando-se em conta que seu valor está próximo de ausente, teremos os valores dos escores médio e intenso, distribuídos na seguinte ordem decrescente de remissão: percepção delirante e difusão do pensamento remitem em 100% dos casos; alucinações auditivas que acompanham as ações do paciente em 88,2%; imposição do pensamento em 75%; outras vivências de influência em 69,2% e subtração do pensamento em 66,7%. Esses dados estão representados na Tabela 9.

TABELA 9 - REMISSÃO DOS S.P.O. NO GRUPO TOTAL DE INDIVÍDUOS, CONSIDERANDO-SE A INTENSIDADE MÁXIMA E MÉDIA DOS S.P.O. APRESENTADAS PELOS PACIENTES NO FINAL DO TRATAMENTO

S.P.O.	% de Remissão no final do tratamento
Percepção Delirante	100,0
Difusão do Pensamento	100,0
Alucinações Auditivas que Acompanham as Ações	88,2
Imposição do Pensamento	75,0
Outras Vivências de Influência	69,2
Subtração do Pensamento	66,7

O modo como cada S.P.O. alterou-se ao longo do tratamento é ilustrado no Quadro III, onde as setas dão uma indicação de como a intensidade dos S.P.O. se deslocaram. Observe-se por exemplo, no caso do sintoma alucinações auditivas que acompanham as ações do

paciente, que o surgimento no final do tratamento do sintoma de intensidade leve foi proveniente daqueles de intensidade média.

QUADRO III - MUDANÇA DA INTENSIDADE DE CADA S.P.O. (INTENSO, MÉDIO, LEVE, AUSENTE), DO INÍCIO AO FINAL DO TRATAMENTO NO GRUPO TOTAL DE PACIENTES

S.P.O.	N ^o DE PACIENTES	TRATA- MENTO	INTENSO MÉDIO LEVE AUSENTE			
			INTENSO	MÉDIO	LEVE	AUSENTE
Percepção delirante	16	início	1	7	8	0
		final	0	0	1	15
Difusão do pensamento	08	início	2	5	1	0
		final	0	0	0	8
Aluc. aud. que Acomp. Ações do paciente	17	início	8	9	0	0
		final	0	0	2	15
Imposição do pensamento	06	início	1	3	2	0
		final	1	0	1	4
Outras vivências de influência	17	início	3	10	4	0
		final	0	2	2	13
Subtração do pensamento	05	início	2	1	2	0
		final	0	0	1	4

O comportamento quanto à intensidade dos S.P.O. segundo a faixa etária, do início ao final do tratamento, no total da amostra está representado no Quadro IV.

QUADRO IV - DISTRIBUIÇÃO DA INTENSIDADE (LEVE, MÉDIA, INTENSA, AUSENTE) DOS S.P.O. NO GRUPO TOTAL DE PACIENTES, EM RELAÇÃO A FAIXA ETÁRIA E FASE DO TRATAMENTO, DISCRIMINANDO-SE AS SUBFORMAS CLÍNICAS

S.P.O.	FAIXA ETÁRIA			
	20 → 30	30 → 40	40 → 50	50 → 60
GRAU DE INTENSIDADE DOS S.P.O.				
S.P.O.	TRAT. LEVE MED. INT. AUS.	LEVE MED. INT. AUS.	LEVE MED. INT. AUS.	LEVE MED. INT. AUS.
Aluc. Aud. Acomp. Apões	inic. ++ #+	### ####	### #	#
	final + ##+	# ####	### ##	#
Outras Viv. de Influências	inic. #+ ### +	# #### #	# ##	*
	final # # ##+	# # ####	###	*
Percepção Delirante	inic. #+++ ##	# ### #	#	* ##
	final + ##+	#####	#	###
Difusão do Pensamento	inic. + ## +	### #		
	final # ##+	# ###		
Imposição de Pensamento	inic. + # #	# ##		
	final # #+	# ##		
Subtração do Pensamento	inic. ++ #	#		*
	final ##+	#		*

TRAT - TRATAMENTO

INIC - INICIAL

MED - MÉDIA

INT - INTENSA

AUS - AUSENTE

- # - PARANÓIDE
+ - HEBEFRÊNICA
* - PARAFRÊNICA

No quadro IV observamos uma maior densidade dos S.P.O. entre 20 e 40 anos (27 sintomas entre 20 e 30 anos e 26 sintomas entre 30 e 40 anos). Observamos uma maior variedade dos S.P.O., e seu grau de remissão é considerável: 77,7% entre 20 e 30 anos e 84,6% entre 30 e 40 anos. Nesta ampla faixa etária estão representados os pacientes das subformas clínicas hebefrênicas e paranóide. O que se observa é que o número de S.P.O. tende a diminuir, da subforma clínica hebefrênica, para a paranóide.

Entre os 40 e 60 anos o número de S.P.O., bem como a sua variedade são bem menores (8 sintomas, entre 40 e 50 anos e 6 sintomas entre 50 e 60 anos). O grau de remissão é maior (100%) nas duas faixas etárias. Nelas estão representados os pacientes das subformas clínicas paranóide e parafrênica.

Resumindo, o número total de S.P.O. diminui com o aumento da idade, e sua remissão tende a aumentar com a idade.

Observando-se os casos nos quais, após a terapêutica medicamentosa constatou-se a permanência de todos ou parte dos S.P.O. originais, procuramos verificar quais as medicações e em que dosagens e tempo elas foram administradas nesses pacientes.

III.3 - TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA NOS CASOS ONDE OS S.P.O. NÃO REMITIRAM OU O FIZERAM PARCIALMENTE

Nesta descrição levaremos em consideração também a intensidade dos sintomas.

SUBFORMA CLÍNICA PARANÓIDE

Caso 7:	Haloperidol	5 mg/dia (30 dias)
	Levomepromazina	50 mg/dia (30 dias)
	Subtração do Pensamento	Médio ====> Leve
	Imposição do Pensamento	Médio ====> Leve
	Outras Vivências de Influência	Médio ====> Médio
Caso 12:	Haloperidol	9,8 mg/dia (71 dias)
	Percepção Delirante	Médio ====> Ausente
	Difusão do Pensamento	Médio ====> Ausente
	Imposição do Pensamento	Leve ====> Ausente
	Aluc.Aud.Acomp.Ações	Médio ====> Leve
	Outras Vivências de Influência	Médio ====> Leve
Caso 19:	Haloperidol	16,7 mg/dia (61 dias)
	Levomepropazina	12,5 mg/dia (22 dias)
	Cl. Tioridazina	100,0 mg/dia (22 dias)
	Percepção Delirante	Leve ====> Ausente
	Aluc.Aud.Acomp.Ações	Intenso ====> Ausente
	Imposição do Pensamento	Médio ====> Ausente
	Outras Vivências de Influência	Médio ====> Leve
Caso 22:	Haloperidol	5,0 mg/dia (24 dias)
	Clorpromazina	116,0 mg/dia (25 dias)
	Levomepromazina	25,0 mg/dia (07 dias)

Subtração do Pensamento	Intenso ----> Ausente
Imposição do Pensamento	Intenso ----> Intenso
Outras Vivências de Influência	Médio ====> Médio

SUBFORMA CLÍNICA HEBEFRÊNICA

Caso 16: Haloperidol	3,0 mg/dia (46 dias)
Levomepromazina	48,4 mg/dia (47 dias)
Subtração do Pensamento	Leve ====> Ausente
Imposição do Pensamento	Leve ====> Ausente
Aluc.Aud.Acomp.Ações	Médio ====> Leve
Caso 35: Clorpromazina	92 mg/dia (33 dias)
Haloperidol	46 mg/dia (51 dias)
Enant. Flufenazina	2,5 mg/dia (51 dias)
Percepção Delirante	Leve ====> Leve

O período em dias de administração das medicações variou de 25 a 71 dias, nos casos onde se observou uma remissão parcial dos S.P.O..

No caso 22, onde a administração da medicação foi de 25 dias, a remissão foi de 33% dos S.P.O. (total de S.P.O.: 3); Já no caso 12, onde a administração da medicação foi de 71 dias, a remissão foi 60% dos S.P.O. (total de S.P.O.: 5).

Dentro desses limites resta-nos falar de mais dois casos: um, onde a administração da medicação foi por 30 dias, e não houve remissão (caso 7), e outro onde a administração da medicação foi

por 61 dias, com remissão de 75% dos S.P.O. (caso 19). Os casos acima descritos foram observados em pacientes na subforma clínica paranóide.

Na subforma clínica hebefrênica observamos dois casos com remissão parcial dos S.P.O.: no primeiro (caso 35), o período de administração da medicação foi de 51 dias, não havendo remissão do sintoma (total de sintoma = 1), e no segundo (caso 16), o período de administração da medicação foi de 47 dias e remissão de 67% dos S.P.O. (total de sintomas = 3).

Em três dos quatro casos da subforma paranóide, junto ao haloperidol, foram associadas outras drogas (levomepromazina, cloridrato de tioridazina, clorpromazina, enantato de flufenazina).

Embora a remissão esteja na dependência da dose, tipo e tempo de uso da medicação, parece haver também a influência de outros fatores, como por exemplo a idade e o grau de maturidade da personalidade.

Contudo, como a terapêutica medicamentosa foi geralmente instituída sem nossa participação direta, uma vez que a quase totalidade dos pacientes da nossa amostra estavam em tratamento psiquiátrico em outras instituições, nossas conclusões ficaram limitadas ao que descrevemos acima. Por exemplo, não foi possível um estudo baseado num grupo controle. A terapêutica medicamentosa foi a única instituída, não tendo sido utilizado outro tipo de tratamento, como por exemplo, o psicoterápico.

Nos Quadros V, VI e VII estão dispostos os resultados da terapêutica medicamentosa: com o número de pacientes, hospitais, subformas clínicas, medicações e dosagens médias em dias.

QUADRO V - TERAPIA FARMACOLÓGICA NOS PACIENTES COM A SUBFORMA
CLÍNICA PARANÓIDE

Nome*	N ^o	Hospital	Medicação	Dose média, Dias
LMS	01	S.C.Ferreira	Haloperidol	15,2 mg/dia, 64 dias
MLR	02	S.C.Ferreira	Haloperidol	15,0 mg/dia, 71 dias
RS	03	C.S.Bierrenbach	Haloperidol Levomepromazina	5,0 mg/dia, 30 dias 50,0 mg/dia, 30 dias
GCC	06	S.C.Ferreira	Haloperidol	10,8 mg/dia, 53 dias
OJP	07	C.S.Bierrenbach	Haloperidol Levomepromazina	5,0 mg/dia, 30 dias 50,0 mg/dia, 30 dias
MTG	09	S.C.Ferreira	Cl.Flufenazina	5,0 mg/dia, 22 dias
OG	11	S.C.Ferreira	Haloperidol	12,8 mg/dia, 68 dias
AMC	12	S.C.Ferreira	Haloperidol	9,8 mg/dia, 71 dias
CDS	13	C.S.Bierrenbach	Haloperidol Imipramina	3,3 mg/dia, 54 dias 50,0 mg/dia, 25 dias
SFS	14	C.S.Bierrenbach	Haloperidol Imipramina	9,2 mg/dia, 39 dias 50,0 mg/dia, 2 dias
MHSD	15	C.S.Bierrenbach	Haloperidol Imipramina	3,2 mg/dia, 40 dias 56,0 mg/dia, 29 dias
MLG	18	S.Santa Isabel	Enant.Flufenazina Levomepromazina Cl.Tioridazina	4,2 mg/dia, 53 dias 172,0 mg/dia, 53 dias 4,1 mg/dia, 18 dias
HLV	19	C.S.Bierrenbach	Haloperidol Levomepromazina Cl.Tioridazina	16,7 mg/dia, 61 dias 12,5 mg/dia, 22 dias 100,0 mg/dia, 22 dias
JAP	20	S.Santa Isabel	Clorpromazina	300,0 mg/dia, 56 dias
JLM	21	S.Santa Isabel	?	?
SZ	22	S.Santa Isabel	Haloperidol Clorpromazina Levomepromazina	5,0 mg/dia, 24 dias 116,0 mg/dia, 25 dias 25,0 mg/dia, 7 dias
JHC	23	S.Santa Isabel	Haloperidol Levomepromazina	4,3 mg/dia, 43 dias 38,3 mg/dia, 15 dias

* = iniciais; N^o = Número do caso

CONTINUAÇÃO DO QUADRO V - TERAPIA FARMACOLÓGICA NOS PACIENTES COM
A SUBFORMA CLÍNICA PARANÓIDE

Nome*	N ^o	Hospital	Medicação	Dose média, Dias
JFR	24	S.Santa Isabel	Haloperidol Levomepromazina Clorpromazina	8,7 mg/dia, 16 dias 12,5 mg/dia, 4 dias 100,0 mg/dia, 12 dias
MRSL	25	C.S.Bierrenbach	Haloperidol	3,4 mg/dia, 130 dias
MLB	26	S.Santa Isabel	Haloperidol	4,0 mg/dia, 50 dias
MSM	27	S.Santa Isabel	Haloperidol	2,8 mg/dia, 57 dias
YT	28	C.S.Bierrenbach	Clorpromazina Levomepromazina Enant.Flufenazina	540,0 mg/dia, 20 dias 100,0 mg/dia, 1 dia 3,8 mg/dia, 20 dias
AO	29	S.Santa Isabel	Haloperidol Clorpromazina	4,7 mg/dia, 57 dias 50,0 mg/dia, 29 dias
VN	30	S.C.Ferreira	Haloperidol	28,4 mg/dia, 79 dias
RNO	31	Amb. Psiq. Unicamp	Clorpromazina Cl.Flufenazina	3,0 mg/dia, 14 dias 6,2 mg/dia, 57 dias
JSAM	32	S.Santa Isabel	Clorpromazina	300,6 mg/dia, 43 dias
NJS	33	S.Santa Isabel	Clorpromazina Haloperidol Levomepromazina Enant.Flufenazina	95,0 mg/dia, 10 dias 5,0 mg/dia, 24 dias 200,0 mg/dia, 26 dias 1,8 mg/dia, 28 dias
ZPG	34	S.Santa Isabel	Clorpromazina Haloperidol Levomepromazina	306,4 mg/dia, 47 dias 5,3 mg/dia, 47 dias 12,8 mg/dia, 47 dias
NMDS	38	S.Santa Isabel	Clorpromazina	295,0 mg/dia, 42 dias
NAF	39	Amb. Privado	Haloperidol Enant.Flufenazina	6,3 mg/dia, 216 dias 1,4 mg/dia, 182 dias
ECS	40	Amb. Privado	Haloperidol	5,0 mg/dia, 57 dias

* = iniciais; N^o = Número do caso

QUADRO VI - TERAPIA FARMACOLÓGICA NOS PACIENTES COM A SUBFORMA
CLÍNICA HEBEFRÊNICA

Nome*	N ^o	Hospital	Medicação	Dose média, Dias
CAM	35	S.Santa Isabel	Clorpromazina Haloperidol Enant.Flufenazina	92,0 mg/dia, 33 dias 46,0 mg/dia, 51 dias 2,5 mg/dia, 51 dias
WJG	17	C.S.Bierrenbach	Haloperidol Levomepromazina	15,2 mg/dia, 83 dias 54,6 mg/dia, 87 dias
FLT	05	SC.Ferreira	Haloperidol	2,7 mg/dia, 14 dias
MG	16	C.S.Bierrenbach	Haloperidol Levomepromazina	3,0 mg/dia, 46 dias 48,4 mg/dia, 47 dias
VLB	36	S.Santa Isabel	Clorpromazina Haloperidol	45,0 mg/dia, 5 dias 10,5 mg/dia, 47 dias
JCB	37	S.Santa Isabel	Clorpromazina Haloperidol Levomepromazina Enant.Flufenazina	275,0 mg/dia, 4 dias 7,0 mg/dia, 26 dias 43,8 mg/dia, 4 dias 25,0 mg/dia, 2 dias

* = iniciais; N^o = Número do caso

QUADRO VII - TERAPIA FARMACOLÓGICA NOS PACIENTES COM A SUBFORMA
CLÍNICA PARAFRÊNICA

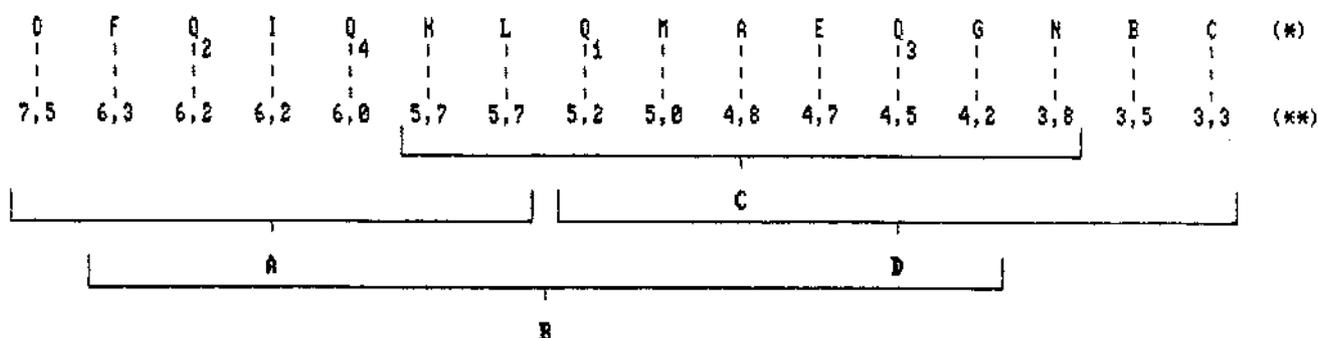
Nome*	N ^o	Hospital	Medicação	Dose média, Dias
MFR	04	S.C.Ferreira	Haloperidol	6,1 mg/dia, 69 dias
JZD	08	C.S.Bierrenbach	Levomepromazina	25,0 mg/dia, 69 dias
ZMTA	10	C.S.Bierrenbach	Haloperidol Clorpromazina Levomepromazina	12,5 mg/dia, 53 dias 25,0 mg/dia, 1 dias 25,0 mg/dia, 34 dias

* = iniciais; N^o = Número do caso

III.4 - DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS COM O TESTE
16PF (DEZESSEIS FATORES DE PERSONALIDADE)

O estudo da análise de variância aplicado aos resultados obtidos com o teste 16PF, determinou o surgimento de subgrupos dentro de cada subforma clínica da nossa amostra.

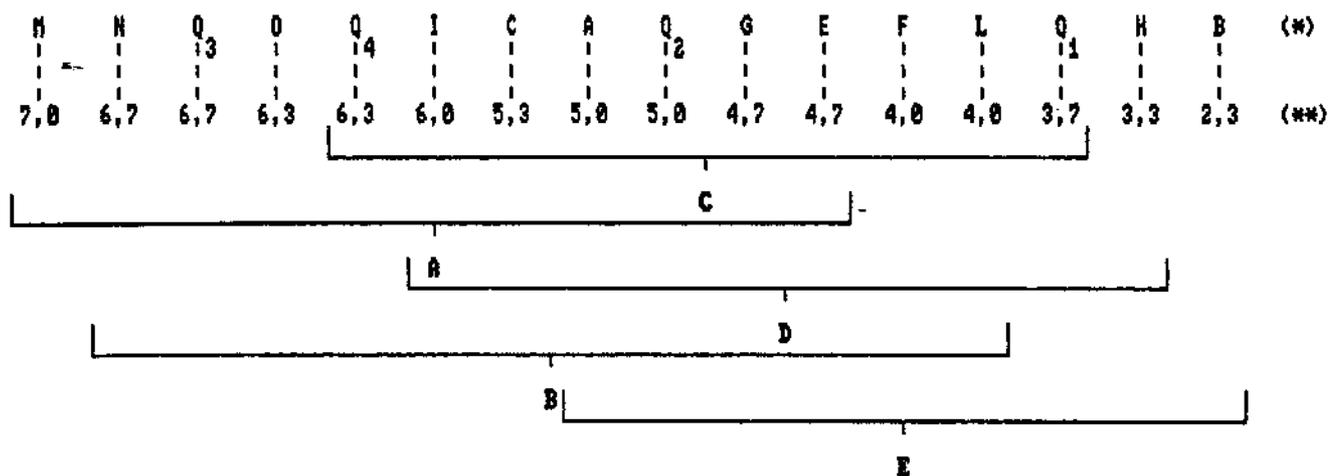
Esses subgrupos, no total de seis e designados cada um por uma letra de "A" à "F", são constituídos por um agrupamento daqueles fatores de personalidade, o que podemos observar melhor nos diagramas 1, 2 e 3.



(*) fatores de personalidade

(**) seus valores médios

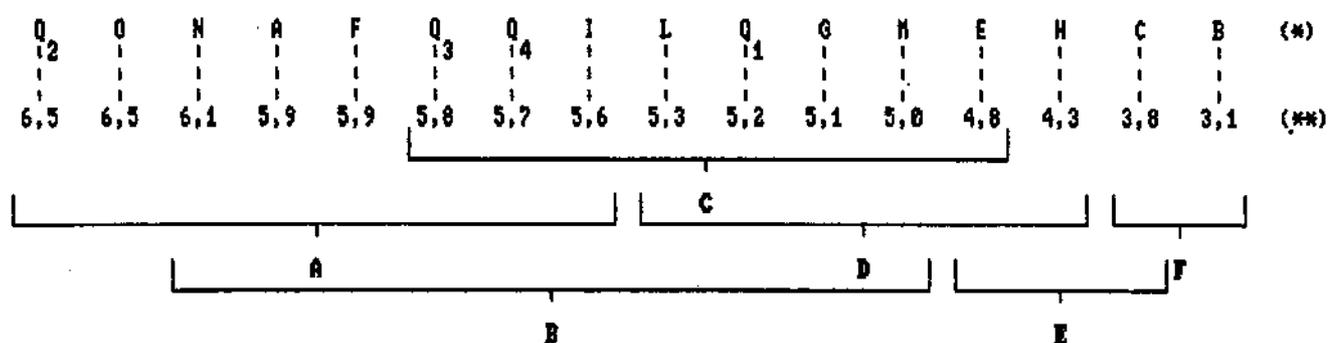
DIAGRAMA 1 - SUBGRUPOS A, B, C, D DOS FATORES DE
 PERSONALIDADE NA SUBFORMA CLÍNICA HEBEFRÊNICA



(*) fatores de personalidade

(**) seus valores médios

DIAGRAMA 2 - SUBGRUPOS A, B, C, D, E DOS FATORES DE PERSONALIDADE NA SUBFORMA CLÍNICA PARAFRÊNICA



(*) fatores de personalidade

(**) seus valores médios

DIAGRAMA 3 - SUBGRUPOS A, B, C, D, E, F DOS FATORES DE PERSONALIDADE NA SUBFORMA CLÍNICA PARANÓIDE

Nos diagramas 1, 2 e 3 estão registrados além dos subgrupos, os valores médios para cada um dos dezesseis fatores de personalidade. Observamos também que só na subforma clínica paranóide estão presentes os seis subgrupos, na parafrênica cinco deles, e finalmente na hebefrênica, quatro (Quadro VIII).

QUADRO VIII - SUBFORMAS CLÍNICAS E RESPECTIVOS SUBGRUPOS

SUBFORMA CLÍNICA	SUBGRUPOS
Paranóide	A, B, C, D, E, F
Parafrênica	A, B, C, D, E
Hebefrênica	A, B, C, D

O quadro VIII nos mostra que os subgrupos A, B, C e D encontram-se nas três subformas clínicas, o subgrupo E nas subformas clínicas paranóide e parafrênica, e o F só na paranóide.

Iniciaremos a análise dos subgrupos A, B, C, D, E e F. Nos quadros IX, X, XI, XII, XIII e XIV estão dispostos os termos comparativos entre as três subformas clínicas.

QUADRO IX - COMPARAÇÃO DOS FATORES DE PERSONALIDADE DO SUBGRUPO A
 NAS TRÊS SUBFORMAS CLÍNICAS

SUBFORMAS CLÍNICAS					
PARAFRÊNICA		PARANÓIDE		HEBEFRÊNICA	
Valor Médio	Fator de Personalidade	Valor Médio	Fator de Personalidade	Valor Médio	Fator de Personalidade
7,0	M ■	6,5	Q ₂ □	7,5	O □
6,7	N ⊗	6,5	O □	6,3	F ●
6,7	Q ₃ ⊗	6,1	N ⊗	6,2	Q ₂ □
6,3	O □	5,9	A ⊗	6,2	I □
6,3	Q ₄ □	5,9	F ●	6,0	Q ₄ □
6,0	I □	5,8	Q ₃ ⊗	5,7	H ‡
5,3	C ■	5,7	Q ₄ □	5,7	L ‡
5,0	A ⊗	5,6	I □		
5,0	Q ₂ □				
4,7	G ■				
4,7	E ■				

- Fatores de personalidade existentes nas três subformas clínicas
- ⊗ Fatores de personalidade existentes nas subformas clínicas paranóide e parafrênica
- Fator de personalidade existente nas subformas clínicas paranóide e hebefrênica
- Fatores de personalidade existentes só na subforma clínica parafrênica
- ‡ Fatores de personalidade existentes só na subforma clínica hebefrênica

QUADRO X - COMPARAÇÃO DOS FATORES DE PERSONALIDADE DO SUBGRUPO B
 NAS TRÊS SUBFORMAS CLÍNICAS

SUBFORMAS CLÍNICAS					
PARAFRÊNICA		HEBEFRÊNICA		PARANÓIDE	
Valor Médio	Fator de Personalidade	Valor Médio	Fator de Personalidade	Valor Médio	Fator de Personalidade
6,7	N ■	6,3	F □	6,1	N ■
6,7	Q ₃ □	6,2	Q ₂ ⊕	5,9	A □
6,3	O ‡	6,2	I □	5,9	F □
6,3	Q ₄ □	6,0	Q ₄ □	5,8	Q ₃ □
6,0	I □	5,7	H *	5,7	Q ₄ □
5,3	C ‡	5,7	L □	5,6	I □
5,0	A □	5,2	Q ₁ ●	5,3	L □
5,0	Q ₂ ⊕	5,0	M ●	5,2	Q ₁ ●
4,7	G □	4,8	A □	5,1	G □
4,7	E ⊕	4,7	E ⊕	5,0	M ●
4,0	F □	4,5	Q ₃ □		
4,0	L □	4,2	G □		

- Fatores de personalidade existentes nas três subformas clínicas
- ⊕ Fatores de personalidade existentes nas subformas clínicas parafrênica e hebefrênica
- Fatores de personalidade existentes nas subformas clínicas hebefrênica e paranóide
- Fator de personalidade existente nas subformas clínicas parafrênica e paranóide
- ‡ Fatores de personalidade existentes só na subforma clínica parafrênica
- * Fator de personalidade existente só na subforma clínica hebefrênica

QUADRO XI - COMPARAÇÃO DOS FATORES DE PERSONALIDADE DO SUBGRUPO C
 NAS TRÊS SUBFORMAS CLÍNICAS

SUBFORMAS CLÍNICAS					
PARAFRÊNICA		HEBEFRÊNICA		PARANÓIDE	
Valor Médio	Fator de Personalidade	Valor Médio	Fator de Personalidade	Valor Médio	Fator de Personalidade
6,3	O ‡	5,7	H *	5,8	Q ₃ ●
6,3	Q ₄ ⊗	5,7	L □	5,7	Q ₄ ⊗
6,0	I ⊗	5,2	Q ₁ □	5,6	I ⊗
5,3	C ‡	5,0	M ●	5,3	L □
5,0	A ■	4,8	A ■	5,2	Q ₁ □
5,0	Q ₂ ‡	4,7	E □	5,1	G □
4,7	G □	4,5	Q ₃ ●	5,0	M ●
4,7	E □	4,2	G □	4,8	E □
4,0	F ‡	3,8	N *		
4,0	L □				
3,7	Q ₁ □				

- Fatores de personalidade existentes nas três subformas clínicas
- ⊗ Fatores de personalidade existentes nas subformas clínicas parafrênica e paranóide
- Fator de personalidade existente nas subformas clínicas hebefrênica e paranóide
- Fator de personalidade existente nas subformas clínicas parafrênica e hebefrênica
- ‡ Fatores de personalidade existentes só na subforma clínica parafrênica
- * Fatores de personalidade existentes só na subforma clínica hebefrênica

QUADRO XII - COMPARAÇÃO DOS FATORES DE PERSONALIDADE DO SUBGRUPO D
 NAS TRÊS SUBFORMAS CLÍNICAS

SUBFORMAS CLÍNICAS					
PARAFRÊNICA		HEBEFRÊNICA		PARANÓIDE	
Valor Médio	Fator de Personalidade	Valor Médio	Fator de Personalidade	Valor Médio	Fator de Personalidade
6,0	I ‡	5,2	Q ₁ □	5,3	L ●
5,3	C ⊗	5,0	M ■	5,2	Q ₁ □
5,0	A ⊗	4,8	A ⊗	5,1	G □
5,0	Q ₂ ‡	4,7	E □	5,0	M ■
4,7	G □	4,5	Q ₃ *	4,8	E □
4,7	E □	4,2	G □	4,3	H ●
4,0	F ‡	3,8	N *		
4,0	L ●	3,5	B ⊗		
3,7	Q ₁ □	3,3	C ⊗		
3,3	H ●				
2,3	B ⊗				

- Fatores de personalidade existentes nas três subformas clínicas
- ⊗ Fatores de personalidade existentes nas subformas clínicas parafrênica e hebefrênica
- Fator de personalidade existente nas subformas clínicas parafrênica e paranóide
- Fator de personalidade existente nas subformas clínicas hebefrênica e paranóide
- ‡ Fatores de personalidade existentes só na subforma clínica parafrênica
- * Fatores de personalidade existentes só na subforma clínica hebefrênica

O subgrupo E existe somente nas subformas clínicas parafrênica e paranóide, e o F só na paranóide.

QUADRO XIII - COMPARAÇÃO DO SUBGRUPO E NAS SUBFORMAS CLÍNICAS PARAFRÊNICA E PARANÓIDE

SUBFORMAS CLÍNICAS			
PARAFRÊNICA		PARANÓIDE	
Valor Médio	Fator de Personalidade	Valor Médio	Fator de Personalidade
5,0	A ⊗	4,8	E □
5,0	Q ₂ ⊗	4,3	H □
4,7	G ⊗	3,8	C ●
4,7	E □		
4,0	F ⊗		
4,0	L ⊗		
3,7	Q ₁ ⊗		
3,3	H □		
2,3	B ⊗		

- Fatores de personalidade existentes nas duas subformas clínicas
- ⊗ Fatores de personalidade existentes só na subforma clínica parafrênica
- Fator de personalidade existente só na subforma clínica paranóide

QUADRO XIV - FATORES DE PERSONALIDADE DO SUBGRUPO F NA SUBFORMA CLÍNICA PARANOÍDE

SUBFORMA CLÍNICA	
PARANOÍDE	
Valor Médio	Fator de Personalidade
3,8	C
3,1	B

Os valores médios que se observam nos quadros IX a XIV para cada fator de personalidade, correspondem a estenos que se distribuem numa escala de pontos com intervalos iguais em termos de resultados padrões (supondo-se distribuição normal), numa amplitude de 1 à 10, com média em 5,5.

Consideram-se normais os estenos 5 e 6; ligeiramente desviados os resultados 4 e 7 (na direção de resultados baixos e de resultados altos respectivamente) muito desviados os estenos 2 e 3 (de um lado) e 8 e 9 (do outro); e extremos os estenos 1 e 10, classificações essas relativas à população em que se baseiam as normas.

Considerando os subgrupos A, B, C e D nas três subformas clínicas, o E nas subformas clínicas paranóide e parafrênica e o F somente na paranóide, observamos que só alguns fatores de personalidade se destacam do valor médio, apresentando-se ligeiramente desviados e muito desviados da média (exceto para o subgrupo F, que só apresenta fatores de personalidade ligeiramente

desviados da média). Isso pode ser observado nos Quadros XV a XIX.

QUADRO XV - OS FATORES DE PERSONALIDADE QUE NO SUBGRUPO A E NAS TRÊS SUBFORMAS CLÍNICAS APRESENTAM VALORES LIGEIRAMENTE DESVIADOS

SUBFORMAS CLÍNICAS					
PARAFRÊNICA		PARANÓIDE		HEBEFRÊNICA	
Valor Médio	Fator de Personalidade	Valor Médio	Fator de Personalidade	Valor Médio	Fator de Personalidade
7,0	M	6,5	Q ₂	7,5	O
6,7	N	6,5	O	6,3	F
6,7	Q ₃	6,1	N	6,2	Q ₂
6,3	O			6,2	I
6,3	Q ₄				
4,7	G				
4,7	E				

No quadro XV observamos que na subforma clínica parafrênica destacam-se os fatores de personalidade M, N, Q₃, O e Q₄, ligeiramente desviados para mais e com valores médios 7,0 - 6,7 - 6,7 - 6,3 e 6,3, respectivamente, e os fatores de personalidade G e E, ligeiramente desviados para menos e com os valores médios 4,7 e 4,7, respectivamente.

Cada um desses fatores de personalidade com seu respectivo valor médio tem um significado específico, segundo o teste 16PF, já anteriormente descrito.

Na subforma clínica paranóide destacam-se os fatores de personalidade Q_2 , O e N, ligeiramente desviados para mais e com os valores médios 6,5 - 6,5 e 6,1, respectivamente.

Na subforma clínica hebefrênica temos em destaque os fatores de personalidade O, F, Q_2 e I, ligeiramente desviados para mais e com os valores médios 7,5 - 6,3 - 6,2 e 6,2, respectivamente.

Observamos que nas três subformas clínicas o fator de personalidade O está presente, diminuindo seu valor médio da subforma clínica hebefrênica (7,5), para a paranóide (6,5) e finalmente para a parafrênica (6,3).

O fator de personalidade N, presente nas subformas clínicas parafrênica e paranóide, diminui seu valor médio de 6,7 (parafrênica) para 6,1 (paranóide).

O fator de personalidade Q_2 , presente nas subformas clínicas paranóide e hebefrênica, tem o seu valor médio diminuído de 6,5 para 6,2. Os restantes fatores de personalidade estão presentes em duas das três subformas clínicas: M, Q_3 e Q_4 (parafrênica); F e I (hebefrênica).

Considerando o subgrupo B nas três subformas clínicas, observamos igualmente que alguns fatores de personalidade apresentam valores ligeiramente desviados da média, enquanto os restantes permanecem dentro daqueles valores médios: Quadro XVI.

QUADRO XVI - OS FATORES DE PERSONALIDADE QUE NO SUBGRUPO B E NAS TRÊS SUBFORMAS CLÍNICAS APRESENTAM VALORES LIGEIRAMENTE DESVIADOS

SUBFORMAS CLÍNICAS					
PARAFRÊNICA		HEBEFRÊNICA		PARANÓIDE	
Valor Médio	Fator de Personalidade	Valor Médio	Fator de Personalidade	Valor Médio	Fator de Personalidade
6,7	N	6,3	F	6,1	N
6,7	Q ₃	6,2	Q ₂		
6,3	O	6,2	I		
6,3	Q ₄				
4,7	G	4,8	A		
4,7	E	4,7	E		
4,0	F	4,5	Q ₃		
4,0	L	4,2	G		

Na subforma clínica parafrênica, destacam-se os fatores de personalidade N, Q₃, O e Q₄, ligeiramente desviados para mais e com os valores médios 6,7 - 6,7 - 6,3 e 6,3, respectivamente. Os fatores de personalidade G, E, F e L, estão ligeiramente desviados para menos e com os valores médios 4,7 - 4,7 - 4,0 e 4,0, respectivamente.

Na subforma clínica hebefrênica destacam-se os fatores de personalidade F, Q₂ e I, ligeiramente desviados para mais e com os valores médios 6,3 - 6,2 e 6,2, respectivamente, e os fatores de personalidade A, E, Q₃ e G, ligeiramente desviados para menos e com

os valores médios 4,8 - 4,7 - 4,5 e 4,2, respectivamente.

Na subforma clínica paranóide destaca-se apenas o fator de personalidade N, ligeiramente desviado para mais e com valor médio de 6,1.

Observando as três subformas clínicas em conjunto, não encontramos fatores de personalidade que sejam comuns às mesmas, o que ocorre apenas aos pares, isto é, parafrenia versus hebefrenia e parafrenia versus paranóide. No primeiro caso existem quatro pares de fatores de personalidade comuns àquelas duas subformas clínicas:

PARAFRENIA	HEBEFRENIA
Q ₃ (+)	Q ₃ (-)
F (-)	F (+)
G (-)	G (-)
E (-)	E (-)

No caso do fator de personalidade Q₃, seu valor médio cai de 6,7 para 4,5. Quanto ao fator de personalidade F, seu valor médio cai de 6,3 para 4,0. No caso dos fatores de personalidade G e E não observamos variação significativa. No segundo caso (parafrenia versus paranóide), apenas observamos em comum o fator de personalidade N, que não apresenta variação significativa.

Dos fatores de personalidade presentes em apenas uma subforma clínica temos: O (+), Q₄ (+) e L (-) na subforma clínica parafrênica, e Q₂ (+), I (+) e A (-) na subforma clínica hebefrênica.

Considerando-se o subgrupo C nas três subformas clínicas, observamos igualmente que alguns fatores de personalidade

apresentam valores ligeiramente desviados da média, enquanto os restantes permanecem dentro daqueles valores médios: Quadro XVII.

QUADRO XVII * OS FATORES DE PERSONALIDADE QUE NO SUBGRUPO C E NAS TRÊS SUBFORMAS CLÍNICAS APRESENTAM VALORES LIGEIRAMENTE DESVIADOS

SUBFORMAS CLÍNICAS					
PARAFRÊNICA		HEBEFRÊNICA		PARANÓIDE	
Valor Médio	Fator de Personalidade	Valor Médio	Fator de Personalidade	Valor Médio	Fator de Personalidade
6,3	O				
6,3	Q ₄				
4,7	G	4,8	A	4,8	E
4,7	E	4,7	E		
4,0	F	4,5	Q ₃		
4,0	L	4,2	G		
3,7	Q ₁	3,8	N		

Na subforma clínica parafrênica destacam-se os fatores de personalidade O e Q₄, ligeiramente desviados para mais e com os valores médios 6,3 e 6,3, respectivamente, e os fatores de personalidade G, E, F, L e Q₁, ligeiramente desviados para menos e com os valores médios 4,7 - 4,7 - 4,0 - 4,0 e 3,7, respectivamente.

Na subforma clínica hebefrênica destacam-se os fatores de personalidade A, E, Q₃, G e N, ligeiramente desviados para menos e com os valores médios 4,8 - 4,7 - 4,5 - 4,2 e 3,8, respectivamente.

Na subforma clínica paranóide destaca-se apenas o fator

de personalidade E, ligeiramente desviado para menos e com valor médio 4,8.

Observando-se as três subformas clínicas em conjunto, vê-se que o fator de personalidade E apresenta-se em todas elas, sempre com um valor ligeiramente desviado para menos. O mesmo se passa com o fator de personalidade G, mas que só se apresenta nas subformas clínicas parafrênica e hebefrênica.

Considerando-se o subgrupo D nas três subformas clínicas, observamos igualmente que alguns fatores de personalidade apresentam valores ligeiramente desviados da média, enquanto os restantes permaneceram dentro daqueles valores médios: Quadro XVIII.

QUADRO XVIII - OS FATORES DE PERSONALIDADE QUE NO SUBGRUPO D E NAS TRÊS SUBFORMAS CLÍNICAS APRESENTAM VALORES LIGEIRAMENTE DESVIADOS E MUITO DESVIADOS

SUBFORMAS CLÍNICAS					
PARAFRÊNICA		HEBEFRÊNICA		PARANÓIDE	
Valor Médio	Fator de Personalidade	Valor Médio	Fator de Personalidade	Valor Médio	Fator de Personalidade
4,7	G	4,8	A	4,8	E
4,7	E	4,7	E	4,3	H
4,0	F	4,5	Q ₃		
4,0	L	4,2	G		
3,7	Q ₁	3,8	N		
3,3	H	3,5	B		
2,3	B	3,3	C		

Na subforma clínica parafrênica destacam-se os fatores de personalidade G, E, F, L, Q₁ e H, ligeiramente desviados para menos e com os valores médios 4,7 - 4,7 - 4,0 - 4,0 - 3,7 e 3,3, respectivamente, e o fator de personalidade B, muito desviado para menos e com o valor médio 2,3.

Na subforma clínica hebefrênica destacam-se os fatores de personalidade A, E, Q₃, G, N, B e C, ligeiramente desviados para menos e com valores médios 4,8 - 4,7 - 4,5 - 4,2 - 3,8 - 3,5 e 3,3, respectivamente.

Observando-se as três subformas clínicas em conjunto, vê-se que o fator de personalidade E está presente em todas elas, sempre com um valor ligeiramente desviado para menos.

O mesmo se passa com os fatores de personalidade G, B e

H, com a diferença de que a presença deles se dá somente nas subformas clínicas parafrênica e hebefrênica para os dois primeiros, e parafrênica e paranóide para o último. Uma outra diferença é que o fator de personalidade B na subforma clínica parafrênica, está muito desviado para menos.

Como fatores de personalidade que se apresentam somente em uma subforma clínica temos: F, L e Q_1 , com ligeiro desvio para menos e na subforma clínica parafrênica, A, Q_3 , N e C, também com ligeiro desvio para menos e na subforma clínica hebefrênica.

O subgrupo E está presente apenas nas subformas clínicas parafrênica e paranóide. Nele também observamos que alguns fatores de personalidade apresentam valores ligeiramente desviados, e um deles até muito desviado para menos em relação a média, e outros que permanecem dentro daqueles valores médios: Quadro XIX.

QUADRO XIX - OS FATORES DE PERSONALIDADE QUE NO SUBGRUPO E E NAS SUBFORMAS CLÍNICAS PARAFRÊNICA E PARANÓIDE APRESENTAM VALORES LIGEIRAMENTE DESVIADOS E MUITO DESVIADOS

SUBFORMAS CLÍNICAS			
PARAFRÊNICA		PARANÓIDE	
Valor Médio	Fator de Personalidade	Valor Médio	Fator de Personalidade
4,7	_____ G	4,8	_____ E
4,7	_____ E	4,3	_____ H
4,0	_____ L	3,8	_____ C
3,7	_____ Q ₁		
3,3	_____ H		
2,3	_____ B		

Na subforma clínica parafrênica destacam-se os fatores de personalidade G, E, L, Q₁ e H, ligeiramente desviados para menos e com valores médios 4,7 - 4,7 - 4,0 - 3,7 e 3,3, respectivamente, e o fator de personalidade B, muito desviado para menos e com valor médio 2,3.

Na subforma clínica paranóide destacam-se os fatores de personalidade E, H e C, ligeiramente desviados para menos e com valores médios 4,8 - 4,3 e 3,8, respectivamente.

Considerando as duas subformas clínicas parafrênica e paranóide em conjunto, observamos a presença dos fatores de personalidade E e H, ligeiramente desviados para menos, naquelas duas subformas clínicas.

Quanto aos fatores de personalidade que se apresentam apenas em uma das subformas clínicas temos, para a subforma clínica

parafrênica, os fatores G, E, L, Q₁ e B, e para a subforma clínica paranóide, o fator C.

O subgrupo F só se apresenta na subforma clínica paranóide, onde se destacam apenas dois fatores de personalidade, C e B, ligeiramente desviados para menos e com valores médios 3,8 e 3,1, respectivamente. Não se observou fatores de personalidade com valor médio normal.

IV - DISCUSSÃO

IV.1 - ESTUDO DOS S.P.O. DE K. SCHNEIDER DO PONTO DE VISTA DA
ESTRUTURA DO EU

OS S.P.O. (KURT SCHNEIDER).

Os S.P.O. de Kurt Schneider descritos na introdução, serão aqui ilustrados através de casos clínicos típicos da nossa amostra. Nela não chegamos a observar todos os S.P.O., e como tivemos oportunidade de comentar, Kurt Schneider descreveu oito desses sintomas, ocorrendo que alguns autores em seus trabalhos os têm desmembrados em onze sintomas. Em nossa pesquisa utilizamos os oito originalmente descritos por Kurt Schneider e observamos cinco deles, que passaremos agora a relatar.

a) "Percepção delirante".

G.C.C., 30 anos, sexo feminino, cuja primeira "crise" ocorreu aos 23 anos tendo sido internada pela primeira vez aos 30 anos.

— "Tenho notado que nas ruas as pessoas se comunicam comigo por gestos. É como uma linguagem em código. São sinais que vão me orientando sobre o que fazer. As pessoas não precisam falar, pois eu já entendo tudo observando seus comportamentos. Até os carros e suas cores representam sinais. Por exemplo, a cor verde representa esperança. Um carro parou e piscou suas luzes duas vezes. Foi um sinal para eu ter cuidado. Até num churrasco em que eu fui com minha família essas coisas também aconteceram. De repente entendi ser tudo aquilo uma encenação. As pessoas eram psicólogos e psicólogas disfarçados, e com gestos estudados procuravam me orientar. Esses sinais em código não ocorreram só com

pessoas, pois os observei também em animais. Certa vez senti que um cachorro na rua se comportava de modo estranho, seu olhar me transmitia alguma coisa, senti que era especialmente para mim. Talvez fosse um aviso.... ele estava tão esquisito....".

b) "Escutar 'vozes' que acompanham as próprias ações".

M.L.R., 34 anos, sexo feminino, internando-se na ocasião da pesquisa pela sexta vez. Sua primeira "crise" ocorreu aos 30 anos.

— "Tenho escutado vozes que me chegam aos ouvidos pelo ar. Elas falam comigo quase que o dia todo. Não importa onde estou. Ora é voz de homem, ora voz de mulher. São de pessoas estranhas para mim, não as reconheço. Se estou no banheiro por exemplo, a voz diz: ".....hoje é para tomar banho do joelho para baixo....cuidado para não escorregar....". Nós temos em casa um banheiro interno e outro externo. Às vezes as vozes me ordenam para eu usar o banheiro de fora: '....você não pode usar o banheiro de dentro agora, deve usar o de fora....". Tudo isso é um tormento para mim. Em certos momentos eu faço o que as vozes mandam para me livrar delas. Mas volta tudo de novo e isso vai me deixando aflita em certas ocasiões. As vozes se manifestam também na cozinha quando estou trabalhando, o que por vezes me deixa confusa e sem poder continuar o que estava fazendo: "....cuidado com o sal.....hoje você não cozinha arroz....". Quando na hora do almoço sento à mesa para comer, a voz já me diz ao ouvido:"....olha só o jeito dela comer....cuidado que aí tem carne humana misturada com o resto da comida....". Rezo para me defender e às vezes isso me alivia da voz. Mas ela me esgota, pois quando menos espero elas se manifestam

subitamente, como por exemplo, quando eu estava subindo no ônibus e a voz me ordenou para eu descer. Mas não obedeci.....".

c) "Subtração (ou roubo) do pensamento e imposição do pensamento"

S.Z., 25 anos, sexo masculino, internando-se pela primeira vez na ocasião da pesquisa. É sua primeira "crise".

— "Não sei exatamente como acontece, mas sinto que meus pensamentos me são extraídos por um vizinho que mora ao lado da minha casa. Não entendo como ele consegue fazer este tipo de coisa, talvez seja com uma espécie de aparelho eletrônico. Quando isso acontece, não consigo fazer nada para me defender no momento. O senhor não imagina como isso me tem deixado esgotado. Já em outras ocasiões ele coloca pensamentos em minha cabeça e contra a minha vontade. Sei que não são meus e que vão até mesmo contra meus princípios, mas mesmo assim eles permanecem na minha cabeça".

d) "Difusão do pensamento".

M.L.B., 42 anos, sexo feminino, internando-se pela quarta vez na ocasião da pesquisa. Sua primeira "crise" ocorreu aos 35 anos.

— "Posso estar em casa com as portas trancadas, dentro do meu quarto e as luzes apagadas. A impressão que tenho é de que todos sabem o que penso. No mesmo instante em que estou pensando, todos já tomam conhecimento sobre o que está se passando na minha cabeça. Como não posso parar de pensar, sempre estou exposta a eles. Até meus pensamentos mais íntimos são devassados, e por isso tenho sentido uma vergonha imensa.....".

e) "Outras vivências de influência estranha".

F.L., 21 anos, sexo feminino, cuja primeira "crise" ocorreu aos 20 anos, sendo internada pela segunda vez na ocasião desta investigação.

— "Sentia como se dos dedos das mãos da vizinha saíssem fios, os quais eram introduzidos no meu cérebro. Com isso ela tinha todo o controle sobre mim. Paralizava meu corpo por exemplo, com um simples movimento de um dos dedos das mãos. Em outra ocasião eu estava deitada na cama mas ainda acordada. Senti como se fosse o peso do corpo de um homem sobre mim. Foi quando eu tive a sensação de estarem manipulando meu órgão genital. Senti como se me tocassem os seios, e um pênis penetrasse em minha vagina. Nada podia fazer para me defender. Foi uma experiência horrível....".

OS S.P.O. DE KURT SCHNEIDER E AS CARACTERÍSTICAS FORMAIS
DO EU: UM ENFOQUE ESTRUTURAL OU SISTÊMICO.

Em sua Psicopatologia Geral, Karl Jaspers (1970) define algumas características formais do eu (são formais por se manterem constantes, ao mesmo tempo que seus conteúdos são variáveis), que servirão como ponto de referência para um estudo estrutural ou sistêmico dos sintomas aqui descritos.

A) - Características formais da consciência do eu:

- O sentimento de atividade: a consciência da própria ação.

- A consciência da unidade: eu sou uno no momento (unidade de momento)

- A consciência da identidade: sempre sou o mesmo (identidade ao longo do tempo)

- A consciência do eu em oposição ao exterior e aos outros: (cisão sujeito-objeto). (Bertalanffy - 1977): "As coisas" e o "eu" emergem por uma lenta construção de inumeráveis fatores da dinâmica gestaltica, de processos de aprendizagem e de determinantes sociais, culturais e linguísticos. A completa distinção entre o eu e o mundo certamente não se conclui sem a atribuição de nomes e a linguagem, isto é, processos situados no nível simbólico".

A consciência da própria existência: foi descrita por Kurt Schneider. Essa consciência é alheia à esfera do pensamento, Jaspers (1970), constituindo uma característica do eu independente da atividade do mesmo. Tem por base os sentimentos vitais e estados de ânimo e a vivência da corporalidade (eu corporal). Uma evidência disso é a sua supressão quase que exclusivamente entre enfermos melancólicos.

Dessas características formais do eu, as que são mais comprometidas pelos S.P.O. estão presentes no quadro abaixo, onde relacionamos apenas aqueles S.P.O. observados na pesquisa:

QUADRO XX - CARACTERÍSTICAS FORMAIS DO EU AFETADAS PELOS S.P.O.

S.P.Q.	Característica formal do Eu afetada	Grau de Comprometimento
Percepção delirante		Leve
Vozes que acomp. ações	Cisão sujeito-objeto	Médio
Difusão do pensamento		Intenso
Roubo do pensamento	Cisão sujeito-objeto Sentimento de atividade	Intenso Médio
Vivência de influência	Cisão sujeito-objeto Sentimento de atividade	Intenso Intenso

O quadro XX pretende evidenciar que a característica formal do eu "cisão sujeito-objeto", ou seja, a fronteira entre o eu e o mundo, que é sempre necessariamente permeável, está comprometida de um modo geral, e que esse comprometimento é diferente para cada S.P.O., de modo que, na percepção delirante observa-se o menor grau (leve). Seguem-se as vozes que acompanham as ações (grau médio), difusão e roubo do pensamento, e vivência de influência (grau intenso). O "sentimento de atividade" é uma outra característica formal do eu que também está comprometida nos S.P.O.: no roubo do pensamento (grau médio), e na vivência de influência (grau intenso). A intensidade desses graus está baseada no modo como o paciente vivencia suas queixas, no caso os S.P.O., sua natureza, e de como eles participam na constituição do mundo transformado do psicótico. Quanto maior a possibilidade do paciente para lidar com esse mundo, menor o seu grau de intensidade.

Um modelo que nos parece promissor para um estudo do eu e seus transtornos, manifestados por exemplo através dos S.P.O., é o que poderíamos denominar de "estrutural" ou "sistêmico".

Em Merleau-Ponty (1975) temos uma aprofundada abordagem sobre a questão da estrutura, aplicada ao estudo do comportamento reflexo e aos comportamentos superiores. E recentemente Capra (1982) fez uma interessante abordagem da vida do ponto de vista sistêmico. Outros autores, Coutinho (1985) e Bertalanffy (1977) foram importantes na fundamentação desse estudo.

Estrutura e sistema nos parecem conceitos intimamente vinculados, de modo que eles serão empregados por nós essencialmente num mesmo sentido.

A estrutura implica multiplicidade, relação das partes, ordem e sentido. Ela se define como processos cujas propriedades não são a soma das que possuem as partes isoladas, pois a soma é indiferente à ordem dos fatores. Suas propriedades se modificam para toda mudança trazida a uma só de suas partes e se conservam, ao contrário, quando elas mudam todas, conservando entre elas a mesma relação. É o caso por exemplo, nos sistemas físicos, onde cada mudança local se traduzirá então em uma forma por uma redistribuição das forças que assegura a constância de sua relação: é esta circulação interior que é o sistema como realidade física, e ele não é mais composto pelas partes que se pode aí distinguir. O caso é análogo aquele da melodia, que embora sempre transponível, não é feita pelas notas particulares, apesar de serem elas sua expressão momentânea. Em outras palavras, trata-se na estrutura de uma multiplicidade unificada por relações (de ordem), cujo sentido é correspondência intencional à situação existencial - Rezende

(1975).

Se uma determinada estrutura apresenta uma ordem típica, é que nela as condições necessárias estão reunidas. Enquanto a doença com suas relações de desorganização não aparecem, é que elas não são possíveis nas condições dadas, e se o comportamento ordenado se mantém, é que ele é único. De modo semelhante, a concepção sistêmica vê o mundo em termos de relações e de integração. Os sistemas seriam totalidades integradas, cujas propriedades não podem ser reduzidas às unidades menores. E em suas atividades surgem nos sistemas determinados processos e características, dos quais os correspondentes ao conceito de estrutura acima seriam: o processo de transação, a natureza dinâmica e a ordem.

Por processo de transação entende-se a interação simultânea e mutuamente interdependente entre componentes múltiplos. Em qualquer sistema, o todo é sempre diferente da simples soma de suas partes. Outro aspecto dos sistemas é sua natureza essencialmente dinâmica, embora simultaneamente um determinado padrão de ordem se expresse numa visível regularidade daquela dinâmica. Todas essas características estão representadas na figura 2, onde são destacados três aspectos: numa estrutura os seus elementos estão numa contínua e dinâmica interação, mantêm um determinado padrão de ordem, e seu conjunto corresponde a um todo que é maior do que a simples soma de seus elementos.

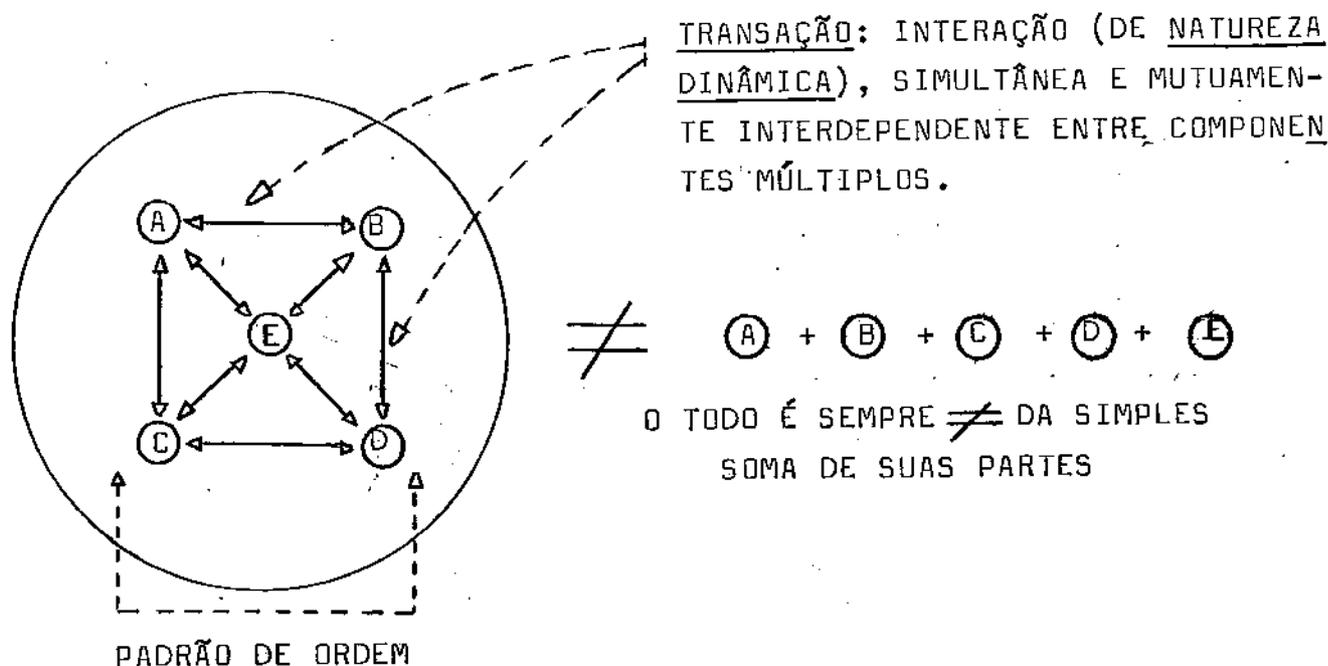
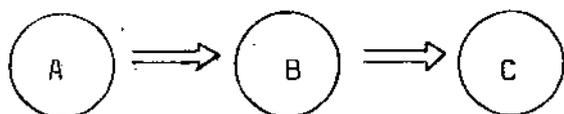


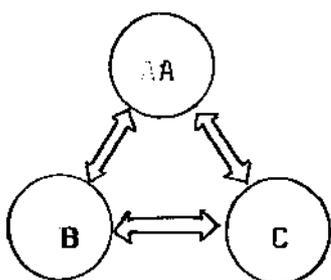
FIGURA 2 - MODELO ESTRUTURAL COM DESTAQUE PARA OS SEGUINTE ASPECTOS: O TODO É MAIOR QUE A SOMA DAS PARTES, A INTERATUAÇÃO DOS SEUS ELEMENTOS E A CONSERVAÇÃO DE UM PADRÃO DE ORDEM

Quando se fala na estrutura da relação das partes, deve-se estar atento para as noções de integração e coordenação que servem para designar certas montagens rígidas, pelas quais atividades parciais tornam-se solidárias umas das outras. O nome desta coordenação é automatismo (ou auto-organização). Somos conduzidos a um tipo de coordenação muito diferente do definido acima. Aqui os elementos coordenados não são somente anexados uns

aos outros (não se trata simplesmente de uma fusão ou justaposição). Eles constituem juntos, por sua reunião mesma, um todo que tem sua lei própria (uma estrutura). Tais elementos tomados à parte têm sua significação equívoca, sendo capazes de entrar em uma infinidade de conjuntos possíveis, cada um no contexto é exigido por ele e contribui por seu turno para exprimir alguma coisa que não está contida em nenhum deles e os religa interiormente. Por exemplo, "enquanto que as notas musicais tomadas a parte têm uma significação equívoca, sendo capazes de entrar em uma infinidade de conjuntos possíveis, cada uma na melodia é exigida pelo contexto e contribui por seu lado para exprimir alguma coisa que não está contida em nenhuma delas e as religa interiormente. As mesmas notas em duas melodias diferentes não são reconhecidas como tais". (Merleau-Ponty - 1975). Isso corresponde na concepção sistêmica ao que se entende por um funcionamento segundo modelos cíclicos de fluxo de informação (laços de realimentação ou feedback). Enquanto o funcionamento de uma máquina se dá de acordo com cadeias lineares de causa e efeito, nos sistemas vivos temos um funcionamento segundo modelos cíclicos de fluxo de informação, os denominados laços de informação ou feedback. Quando ocorre um distúrbio, este será causado por múltiplos fatores que podem ampliar-se reciprocamente através de laços interdependentes de realimentação, sendo geralmente irrelevante saber qual desses fatores foi a causa inicial do distúrbio - Capra (1982). Toda modificação significativa de um dos elementos da estrutura repercute estruturalmente em todos os demais. Modificação "na" estrutura é modificação "da" estrutura. É o que ilustramos na figura 3.



FUNCIONAMENTO NUMA MÁQUINA:
CADEIAS LINEARES DE CAUSA E
EFEITO



FUNCIONAMENTO NOS SISTEMAS VIVOS:
LAÇOS DE REALIMENTAÇÃO OU
FEEDBACK

FIGURA 3 - REPRESENTAÇÃO DA INTERATUAÇÃO DOS ELEMENTOS DE UMA ESTRUTURA DO PONTO DE VISTA DA RELAÇÃO DE CAUSA E EFEITO, E DOS LAÇOS DE REALIMENTAÇÃO OU FEEDBACK

Há estruturas abertas e estruturas fechadas. A estrutura aberta insere-se num todo maior, o mundo, a situação existencial. Nos interessa aqui a estrutura aberta ao mundo, pois com ele realiza um intercâmbio que é essencial ao seu desenvolvimento, mas mantendo a sua identidade (ordem interna) ao longo do tempo. Na linguagem da concepção sistêmica se diz que a estrutura admite entradas e saídas, o que significa que tem de manter uma contínua troca de energia e matéria com seu meio ambiente a fim de permanecer íntegra (em se tratando de uma estrutura física. Numa

estrutura psíquica é diferente, conforme veremos mais adiante). Isso consiste na capacidade de renovação e reciclagem contínua de seus componentes (auto-renovação), sem deixar de manter a integridade de sua estrutura global (auto-manutenção), ou a preservação do padrão geral de ordem no organismo, apesar de uma grande variedade de circunstâncias. É o que está ilustrado na figura 4, onde A, B e C representam os elementos estruturais internos, e A', B' e C' esses mesmos elementos disponíveis no ambiente externo. As entradas e saídas permitem sua permuta (auto-renovação), sem que isso implique na perda de seu padrão de ordem (auto-manutenção).

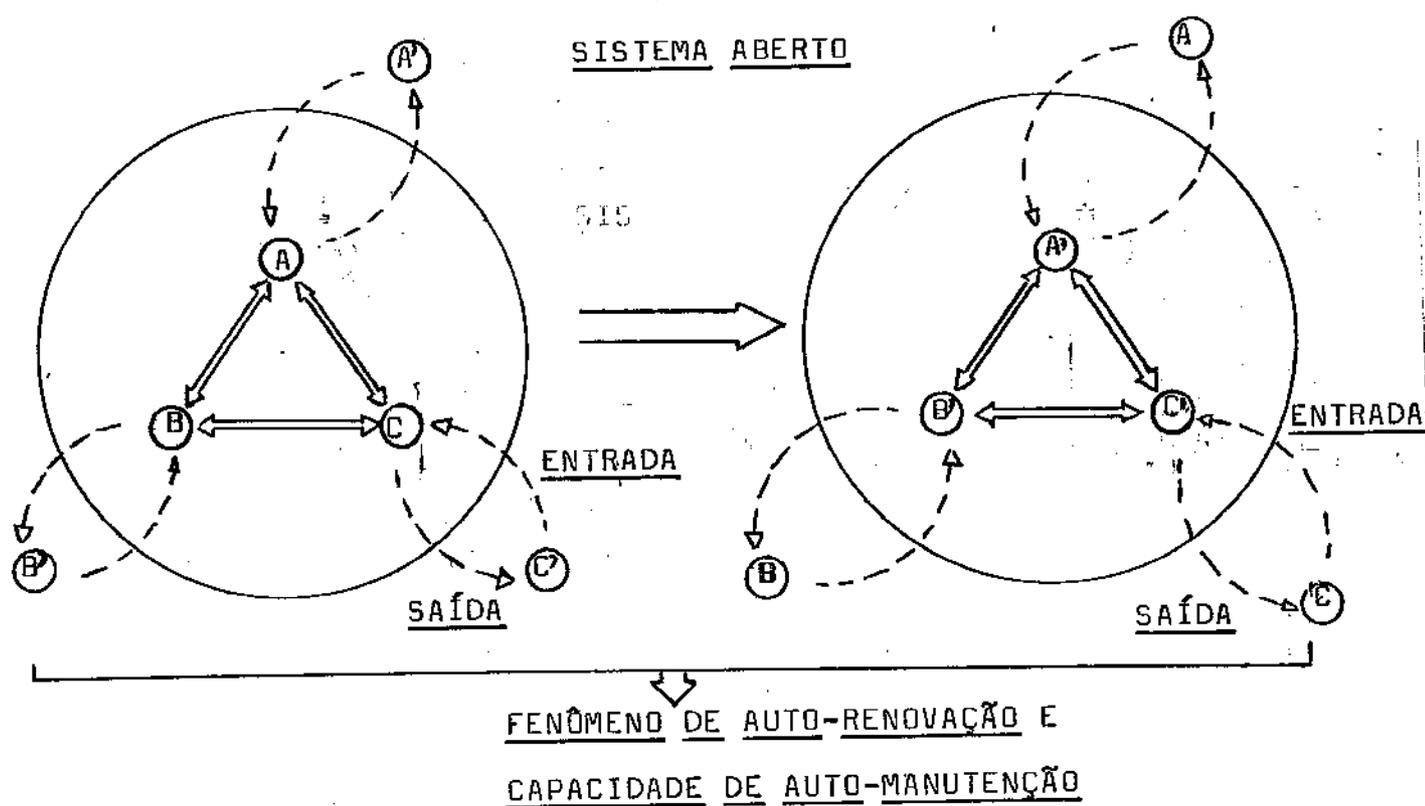


FIGURA 4 - ILUSTRAÇÃO DAS ENTRADAS E SAÍDAS NOS SISTEMAS ABERTOS; SUA ESTRUTURA SE RENOVA (AUTO-RENOVAÇÃO) MAS MANTÉM UM PADRÃO DE ORDEM (AUTO-MANUTENÇÃO)

Isso se dá dentro do princípio da auto-organização, o que significa que num organismo vivo sua ordem em estrutura e função não é totalmente imposta pelo meio ambiente, mas estabelecida pelo próprio sistema. Apesar de sua interação com o meio ambiente, este não determina sua organização. Segundo Bertalanffy (1977), "o estímulo (isto é, uma alteração nas condições externas) não causa um processo em um sistema de outro modo inerte, mas apenas modifica processos em um sistema autonomamente ativo". É o que está ilustrado na figura 5, onde as setas maiores voltadas para dentro do círculo quer representar "forças" internas, do próprio sistema, e que ordenariam seus próprios elementos estruturais (a, b, c, d, e), segundo uma disposição que lhe seja mais vantajosa.

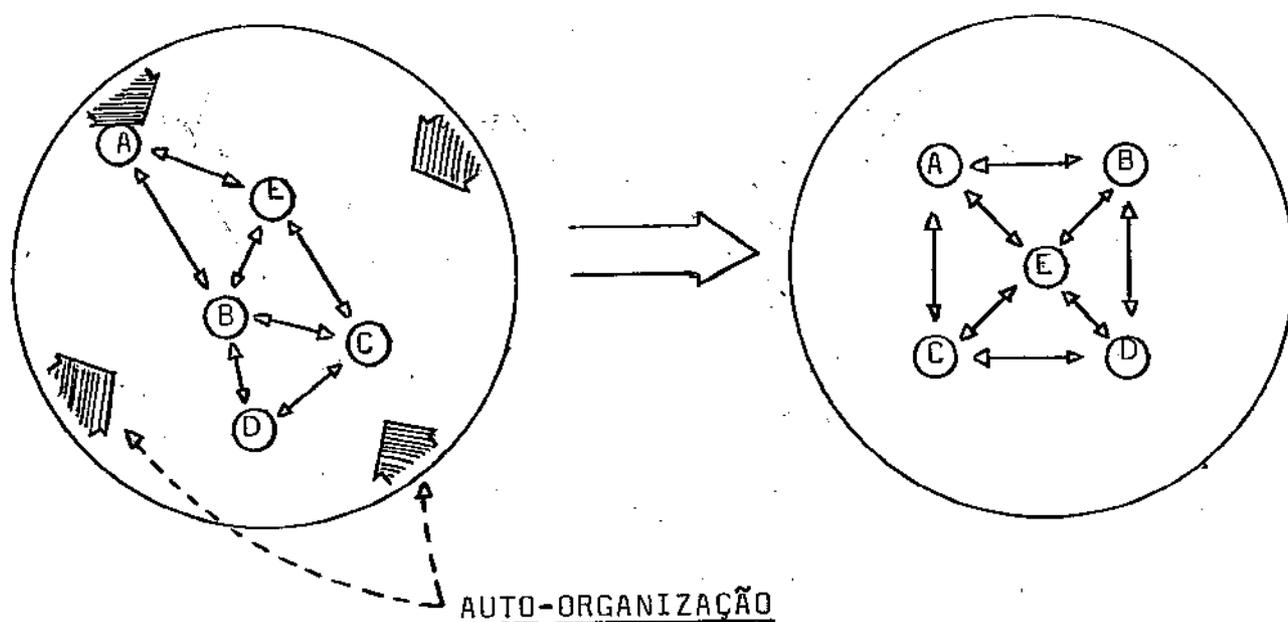


FIGURA 5 - ILUSTRAÇÃO DA AUTO-ORGANIZAÇÃO DA ESTRUTURA INTERNA DO SISTEMA

Sobre esta questão diz Monod (1974) à propósito da evolução: "Os acontecimentos elementares iniciais que abrem o caminho da evolução para sistemas intensamente conservadores como são os seres vivos, são microscópicos, fortuitos e sem nenhuma relação com os efeitos que podem acarretar no funcionamento teleonômico.

Mas tirado do reino do puro acaso, o acidente singular e, como tal, essencialmente imprevisível, entra no da necessidade, das certezas mais implacáveis. Com efeito, a seleção opera sobre os produtos do acaso, mas num domínio de exigências rigorosas do qual o acaso foi banido. Foi dessas exigências, e não do acaso, que a evolução tirou suas orientações geralmente ascendentes, suas conquistas sucessivas, o desabrochamento ordenado, cuja imagem ela parece dar (o acaso, que com o progredir do conhecimento científico pode vir à ser conhecido e por isso mesmo previsto e controlado, procede de uma fonte praticamente inesgotável, de modo que sua presença está sempre na fronteira daquele conhecimento).

Os dados da biologia contemporânea permitem esclarecer e precisar ainda a noção da seleção. Toda "novidade", sob forma de uma alteração da estrutura de uma proteína, será antes de tudo testada por sua compatibilidade com o conjunto de um sistema já ligado por inumeráveis submissões, as quais comandam a execução do projeto do organismo. Portanto, as únicas mutações aceitáveis são aquelas que, em todo caso, não reduzem a coerência do aparelho teleonômico, mas antes o reforçam ainda na orientação já adotada ou, sem dúvida muito mais raramente, o enriquecem com possibilidades novas.

É o aparelho teleonômico, tal como funciona quando se

exprime pela primeira vez uma mutação, que define as condições iniciais essenciais da admissão, temporária ou definitiva, ou da rejeição da tentativa nascida do acaso. É a performance teleonômica, expressão global das propriedades da rede das interações construtivas e reguladoras, que é julgada pela seleção. Por isso a própria evolução parece realizar um "projeto", o de prolongar e ampliar um "sonho" ancestral.

A parte das performances teleonômicas na orientação da seleção se torna cada vez maior na medida em que se eleva o nível de organização, portanto, de autonomia do organismo em relação ao meio. E isso até o ponto em que sem dúvida podemos considerar essa parte como decisiva nos organismos superiores, cuja sobrevivência e reprodução dependem antes de tudo de seu comportamento".

Embora nossa intensão tenha sido a de ilustrar o aspecto da auto-organização nos sistemas, bem como o papel do acaso na evolução, não deixamos de perceber que no texto de Monod "falta" uma abordagem do mundo humano, tão apropriadamente definido por Merleau-Ponty (1975), e que mais adiante descreveremos.

Em outras palavras, segundo Coutinho (1985), "a biogênese não se deve portanto a uma necessidade e sim a um acaso. Mas, tendo acontecido, acarreta uma nova e inédita série de consequências que é a fenomenologia biológica, a criação da biosfera com todas as suas atuações e interatuações com o mundo físico, material e as interatuações mútuas de seus componentes, de seu domínio de leis propriamente biológicas cujos efeitos e processos fazem a felicidade dos naturalistas e dos decifradores de fenômenos bem mais complexos que a norma do mundo mecânico.

O acaso, abrindo as portas para um domínio inédito de

necessidade. É o sentido da biogênese, do "faça-se a vida" primordial, permitido mas não obrigado pelas leis da física, mas por ser admitido, por isso mesmo, tornando-se parte da física" (diríamos com Merleau-Ponty: não suficientemente esclarecido dentro dos limites da ordem física).

O sentido na estrutura é a função, que tem então uma realidade positiva e própria, não sendo uma simples consequência da existência dos elementos estruturais. Ela é a manifestação da totalidade da estrutura, da mais simples a mais complexa, como está ilustrado na figura 6, onde estão representados três estruturas, desde a mais simples com dois elementos (a, b), uma intermediária com cinco elementos (c, d, e, f, g), e uma última mais complexa, com sete elementos (a, b, c, d, e, f, g). Para cada uma delas corresponde uma respectiva função (F, F' e F'').

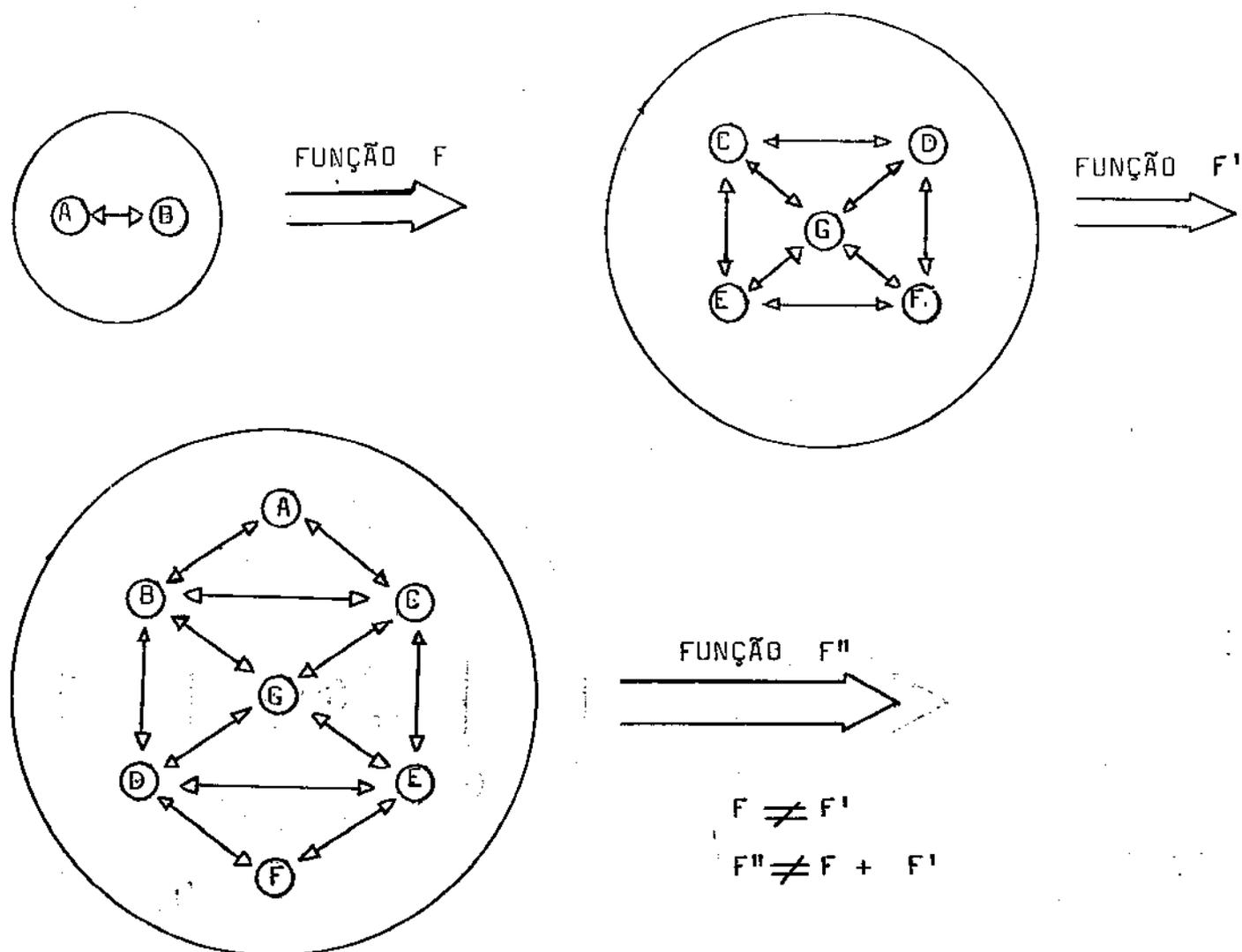


FIGURA 6 - ILUSTRAÇÃO DE TRÊS ESTRUTURAS COM GRAUS DE COMPLEXIDADE CRESCENTES, E SUAS FUNÇÕES F, F' E F''

Como princípio básico da auto-organização, observa-se a tendência dos sistemas vivos para formar estruturas de múltiplos níveis (o nível psíquico diferindo do nível biológico, que difere

do nível fisiológico, por sua vez diferindo do nível físico), os quais diferem em sua complexidade. É o que está representado na figura 7, onde a partir da interação entre estruturas mais simples, resultam estruturas mais complexas. Isso promove uma diferenciação e especialização no interior da estrutura, sempre no sentido do aperfeiçoamento do desempenho de sua função.

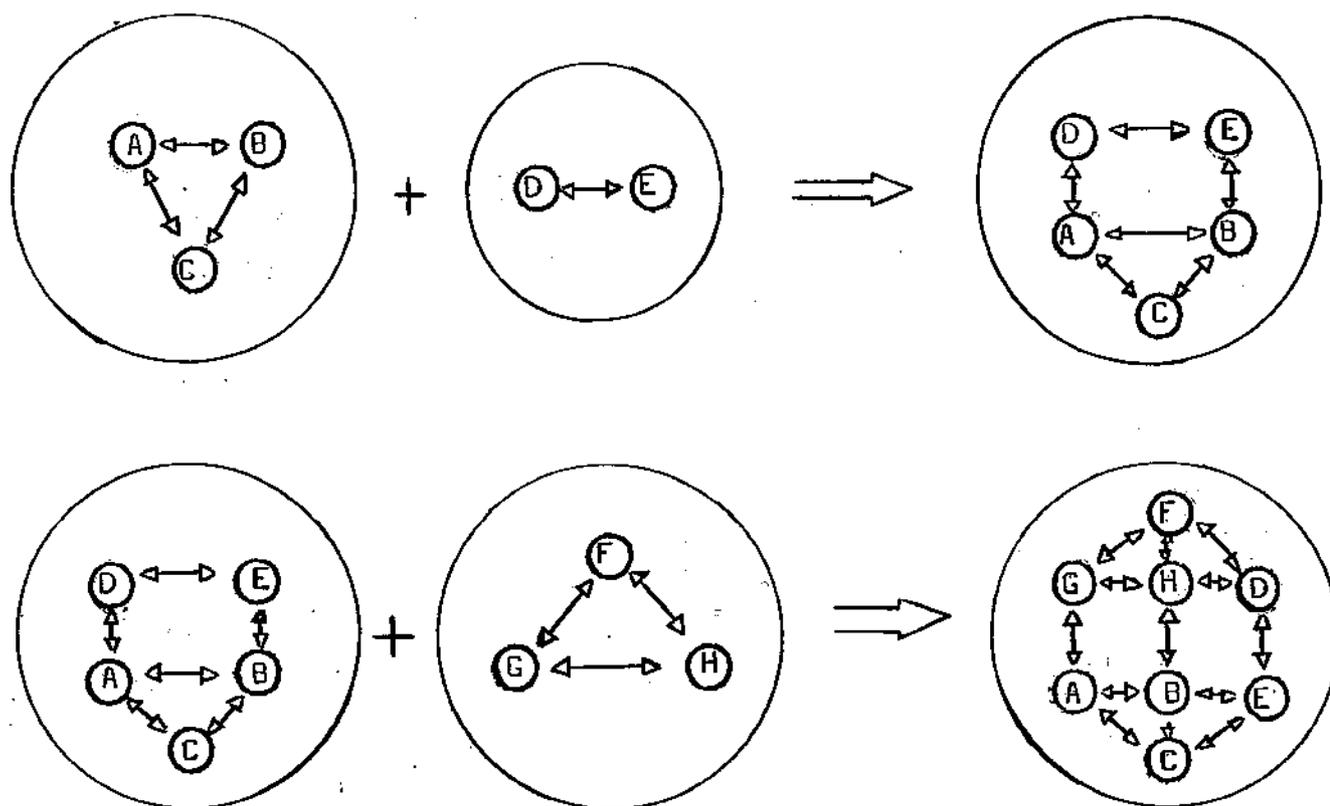


FIGURA 7 - ILUSTRAÇÃO DA TENDÊNCIA PARA SE FORMAR ESTRUTURAS DE MÚLTIPLOS NÍVEIS (AUTO-TRANCENDÊNCIA)

Sobre esta questão ainda nos esclarece Monod (1971):
 "Graças à perfeição conservadora do aparelho replicativo, toda

mutação, individualmente considerada, é um acontecimento muito raro. Mas na escala da população, a mutação de forma alguma é um fenômeno de exceção: é a regra. E é no interior da população, e não de indivíduos isolados que se exerce a pressão da seleção .

No final das contas, podemos estimar que, na população humana atual (3×10^9), produz-se em cada geração mais ou menos de cem a mil bilhões de mutações. Esta cifra dá uma idéia das dimensões do imenso reservatório de variabilidade fortuita constituído pelo genoma de uma espécie, malgrado, ainda uma vez, as propriedades conservadoras do mecanismo replicativo.

Consideradas as dimensões dessa enorme loteria e a rapidez com que nela funciona a natureza, não é a evolução mas a estabilidade das "formas" que poderia parecer dificilmente explicável, senão quase paradoxal. Sabemos que os planos de organização correspondendo às principais ramificações do reino animal, estavam diferenciados desde o fim do Cambriano, isto é, há 500 milhões de anos. Sabemos também que mesmo algumas espécies não evoluíram sensivelmente há centenas de milhões de anos. Enfim, podemos estimar que a célula "moderna", caracterizada por seu plano de organização química invariante (a começar pela estrutura do código genético e o mecanismo complicado da tradução) existe há dois ou três bilhões de anos, sem dúvida já provida de poderosas redes cibernéticas moleculares garantindo sua coerência funcional.

A extraordinária estabilidade de algumas espécies, os bilhões de anos que a evolução cobre, a invariância do "plano" químico fundamental da célula, evidentemente só se podem explicar pela extrema coerência do sistema teleonômico que, portanto, desempenhou na evolução o papel ao mesmo tempo de guia e de freio,

e só reteve, amplificou, integrou uma fração ínfima das chances que a roleta da natureza lhe oferecia em número astronômico.

O sistema replicativo, por sua vez, longe de poder eliminar as perturbações microscópicas de que inevitavelmente é o objeto, ao contrário, só sabe registrá-las e oferece-las, quase sempre de forma vã, ao filtro teleonômico cujas performances são julgadas, em última instância, pela seleção".

Cada nível de complexidade é um sistema integrado e auto-organizado, e que atua como parte de uma totalidade maior, o superior integrando o inferior. Ele manifesta ambas as propriedades independentes dos todos e as propriedades dependentes das partes. Deste modo, poderíamos considerar que cada subsistema manifesta uma função que lhe é relativa, e que ao mesmo tempo ela se integra "transformada" e junto a outras, ao nível da estrutura maior.

Dito de outra maneira, uma estrutura com um determinado nível funcional ao evoluir, tende a atingir limites, além dos quais perde relativamente sua identidade, pois o biológico não é o mesmo que o psíquico. Seria melhor dizer que ela se transforma. Nesse ponto ela tem o seu equilíbrio rompido. Mantida então as condições favoráveis à evolução, é possível uma reorganização daquela estrutura em um novo nível funcional, hierarquicamente superior. Esse acontecimento é expressão da função, que lhe é anterior.

Não se trata simplesmente da integração ou coordenação (do tipo da fusão ou justaposição) entre o nível funcional superior e o que lhe é imediatamente inferior, mas ao contrário, de uma função comum que os abrange, aparecendo a própria coordenação como resultado: o efeito de um fenômeno de estrutura ou forma. Entre as funções superiores e inferiores há todas as transições, e só a

noção de forma é que permite explicar o que existe de intencional nas últimas e o que permanece cego nas primeiras. "O princípio de mecanização progressiva exprime a transição da totalidade indiferenciada para a função superior, que se torna possível pela especialização e "divisão de trabalho". Este princípio implica também na perda de potencialidades nos componentes e de regulabilidade no todo. (Bertalanffy, 1937).

A mecanização conduz frequentemente ao estabelecimento de partes dirigentes, isto é, componentes que dominam o comportamento do sistema. Estes centros podem exercer o "efeito gatilho", isto é, opondo-se ao princípio *causa aequal effectum*, uma pequena alteração de uma parte dirigente pode, em virtude de mecanismos de amplificação, causar grandes transformações no sistema total. Desta maneira, pode estabelecer-se uma ordem hierárquica de partes ou processos.

No cérebro, assim como a função mental, a centralização e a ordem hierárquica são realizados por estratificação, isto é, pela superposição de "camadas" superiores que exercem o papel de partes dirigentes ("Na medida em que se avança em direção ao centro do córtex, as condições dos comportamentos, em lugar de se encontrarem na substância nervosa como tal, como acontece na periferia, encontram-se cada vez mais nos modos qualitativamente variáveis de seu funcionamento global." - M. Ponty - 1935). Desse modo, por exemplo, há no cérebro: 1) o paleoencéfalo nos vertebrados inferiores; 2) o neoencéfalo (córtex), que evolui dos répteis até os mamíferos; 3) certos centros "mais altos", especialmente a região motora da fala (de Brocca) e as grandes áreas de associação encontradas somente no homem. Paralelamente há um deslocamento

anterior de certos centros controladores, por exemplo, no aparelho da visão, desde os *colliculi optici* do mesencéfalo (vertebrados inferiores) até os *corpora geniculata lateralia* do diencéfalo (mamíferos) e a região calcarina do telencéfalo (homem). E qual seria a vantagem dessa tendência dos sistemas vivos para formar estruturas de múltiplos níveis? Eis a resposta:

— o poder evoluir (feedback positivo) e desse modo promover uma melhor divisão do trabalho dentro da estrutura, adaptando-se melhor às variações das condições ambientais, o que se denomina na linguagem sistêmica de auto-transcendência, ou a capacidade da estrutura de dirigir-se criativamente para além das fronteiras físicas e mentais nos processos de aprendizagem, desenvolvimento e evolução;

— o poder regredir, decompondo-se em seus vários subsistemas, sem ser completamente destruído (feedback negativo, que corresponde ao rompimento da homeostase). Em outras palavras, como cada subsistema tem um número menor de elementos, a ordem é readquirida, por ser aí relativamente mais fácil de preservá-la contra a desordem (entropia). "Dai a hipótese de que os processos psíquicos são funções que manifestam a atividade de todo o cérebro e não podem ser "localizados" nas áreas limitadas do córtex cerebral" (sem que isso implique numa relação de causa e efeito) (Luria - 1979). Acrescenta este autor que "o trabalho e a linguagem foram fatores importantes na transição da história natural dos animais à história social do homem".

Assim, o homem não só emprega os instrumentos de trabalho, como também os prepara, já não sendo mais uma atividade determinada por motivo biológico imediato. Exigem, juntamente com o

conhecimento da operação a ser executada, o conhecimento do futuro emprego do instrumento, que é a primeira forma de atividade consciente. Esse comportamento já é aí de estrutura complexa, cuja mudança mais importante dá-se quando, da atividade geral, separa-se uma "ação" que não é dirigida imediatamente por motivo biológico e só adquire sentido com o emprego posterior dos seus resultados.

O surgimento da linguagem é a segunda condição que leva a formação da atividade consciente de estrutura complexa do homem. A linguagem é um sistema de códigos, por meio dos quais são designados os objetos do mundo exterior, suas ações, qualidades, relações entre eles, etc., e com o mundo interior.

Essa linguagem não existe entre os animais e surge somente no processo de transição à sociedade humana. O animal possui meios muito variados de expressão de seus estados, que são percebidos por outros animais e podem exercer influência sobre o comportamento destes. Mas a linguagem dos animais nunca designa coisas, não distingue ações nem qualidades (não é linguagem na verdadeira acepção da palavra).

As condições que originaram o fenômeno da linguagem podem ser procuradas nas relações sociais do trabalho, cujos primórdios de surgimento remontam ao período de transição da história natural à história humana.

Os sons, que começavam a indicar determinados objetos, ainda não tinham existência autônoma. Estavam entrelaçados na atividade prática e acompanhados de gestos e entonações expressivas, só possíveis de se interpretar em seu significado, conhecendo-se a situação evidente em que eles surgiam. A princípio o papel destacado era o dos atos e gestos, posteriormente o dos

sons.

Três mudanças essenciais na atividade consciente do homem foram acarretadas pela linguagem:

1) permitindo discriminar os objetos, dirige a atenção para eles e conserva-os na memória, podendo-se lidar com aqueles, mesmo na sua ausência;

2) não apenas indicação das coisas, mas abstração das propriedades essenciais no processo de abstração e generalização. A linguagem torna-se meio de comunicação e também o veículo mais importante do pensamento, que assegura a transição do sensorial ao racional na representação do mundo;

3) a linguagem é o veículo fundamental de transmissão de informação, que se formou na história social da humanidade.

A linguagem é expressão do mundo interno, propriamente psíquico, a começar pelo inconsciente, e é à partir dela que se deve encontrar o biológico, e não o contrário.

Neste ponto é oportuno se esclarecer o que Merleau-Ponty chama de ordens física, vital e humana.

A noção de forma se define na ordem física, como um conjunto de forças em estado de equilíbrio ou de mudança constante, tal que nenhuma lei seja formulável para cada parte tomada isoladamente e que cada vetor seja determinado em grandeza e em direção por todos os outros. Somos obrigados a introduzir em nossa imagem do mundo físico, totalidades parciais sem as quais não haveria leis e que são precisamente aquilo que entenderíamos por forma. Dito de outro modo, a verdade da física não se encontra nas leis tomadas uma a uma, mas em sua combinação, pois exprimem uma estrutura e só têm sentido no interior dessa estrutura. O que é

exigido pelo conteúdo efetivo da ciência, não é certamente a idéia de um universo onde tudo a rigor dependeria de tudo e onde nenhuma clivagem seria possível, mas também não a idéia de uma natureza onde processos seriam cognoscíveis isoladamente e que os produziria de seu fundo, não é nem a fusão, nem a justaposição, é a estrutura.

Sob o nível físico, a forma pode estabilizar-se e modificar-se somente sob a influência de um agente externo. Talvez certos sistemas físicos consigam modificar as condições próprias das quais dependem, mas isso só é possível enquanto essas condições tendem a chegar a um estado de equilíbrio interno. Cada estrutura física é então governável por um processo definível mediante leis, o que não se verifica no caso de estruturas orgânicas (ordem vital). Cada organismo tem as suas condições ótimas de atividade na presença de determinado meio, a sua maneira própria de realizar o equilíbrio, e os determinantes interiores desse equilíbrio não são dados por uma pluralidade de vetores, mas por uma atitude geral para com o mundo.

Essas estruturas arriscam ir além da facticidade da situação real, podem reestruturar o ambiente e elaborar respostas originais com respeito às condições dadas. Os assim chamados "comportamentos privilegiados", não são redutíveis a processos mecânicos inventados para resolver um problema de equilíbrio, como aqueles que podemos encontrar sob o nível da física. No caso das estruturas orgânicas, o organismo não é composto de um conjunto de forças que tendem ao objeto do modo menos dispendioso, mas é um ser em vias de realizar certos tipos de ação, dotado de um êxito global nos confrontos com o mundo, êxito que explica esses "comportamentos privilegiados".

O resultado da reação não depende apenas das propriedades individuais dos estímulos e da sua posição no contexto espaço-temporal, mas também e, sobretudo, da configuração do conjunto desses estímulos e da situação complexa do organismo. Entre o indivíduo e o seu ambiente ocorrem relações dialéticas, e essa dialética faz surgir novas relações que não se entendem como simples relações de dependência assimilável num conjunto de leis (análogas às da física). A unidade dos sistemas físicos é uma unidade de correlação e a dos organismos, uma unidade de significação.

Considerando a realidade humana (ordem humana), constatamos um outro salto qualitativo, uma nova "ordem" que inclui as duas outras, mas que lhes dá um novo sentido e as estrutura numa totalidade mais rica e articulada (não se deixa de reconhecer aqui, que nenhuma forma tem sua causa fora de si). Assistimos ao surgimento de uma dialética superior a qual não é possível explicar, justapondo à série de fatos "físicos" ou "vitais" uma consciência que lhes sobressairia, uma "psique" ou uma alma que se encontraria com esses fatos numa relação de alteridade. Surge então, um novo problema, o da definição da unidade do sujeito humano.

Como já vimos, o comportamento vital se diferencia da "forma" física por sua capacidade de estruturar, de um modo relativamente autônomo, o próprio ambiente, mas é preciso entender as implicações dessa autonomia. Essa não se traduz na possibilidade de associar uma multiplicidade de pontos de vista, não consegue ir além do imediato na situação: trata-se, por assim dizer, de uma autonomia condicionada pela facticidade da situação presente.

Quando, por exemplo, um chimpanzé usa de um ramo de árvore como instrumento, esse novo "ponto de vista" que transforma o ramo de árvore em bastão e que o dota de exigências funcionais suprime a possibilidade simultânea de outros pontos de vista.

Evidentemente, o próprio ato de "transformar" o ramo em bastão já pressupõe, no animal, certo poder de reestruturação, a faculdade de reelaborar com certa autonomia os dados do problema imposto pelo ambiente; mas essa atividade não ultrapassa a presença do fim imposto pelo ambiente, pois o animal não está em condições de intencionar objetos virtuais, de tomar distância da situação para projetar-se num horizonte de possibilidades. O comportamento do animal está ainda na imediatidade e a dialética que instaura é uma dialética rígida, uma vez que o animal não está em condições de referir-se, contemporaneamente e de um modo diferenciado, a diversos dados de experiência.

O comportamento humano tem uma estrutura aberta: os seus objetos de uso (o vestuário, a mesa) e os seus objetos culturais (o livro, o instrumento musical, a linguagem) não seriam o que são, se a atividade que os fez surgir não tivesse como sentido próprio a sua negação e a sua superação. É essencial ao organismo humano a faculdade de ir além das estruturas constituídas para constituí-las de novo.

Entre essas diversas estratificações, somente podem surgir oposições e alteridade, se recorrermos aos procedimentos atomísticos da teoria clássica, se decomposmos a totalidade humana em pluralidade de fenômenos parciais distintos uns dos outros e definidos separadamente.

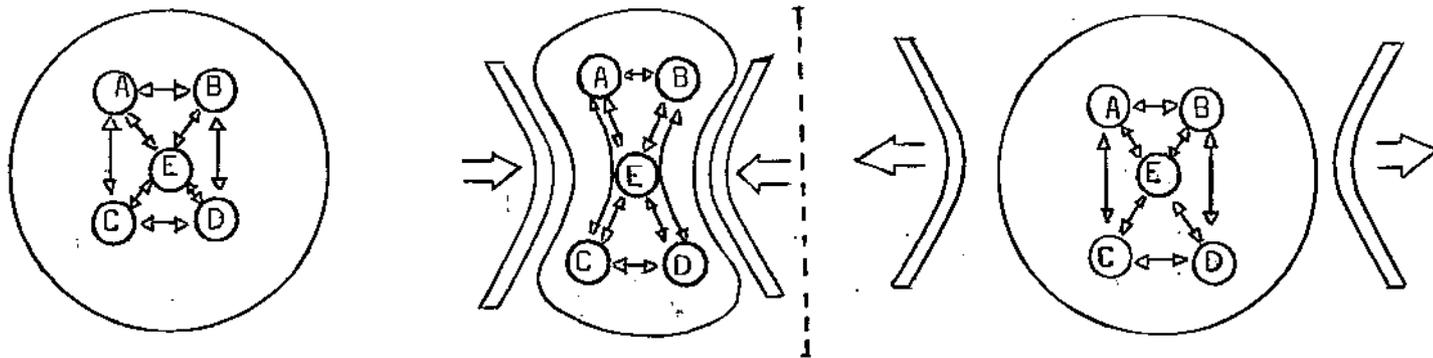
O vital e o psíquico se acompanham guiados pelo movimento

dialético que os engloba: o superior não é explicado pelo inferior, mas se fundamenta nele e representa uma nova e original estruturação. (M.-Ponty - 1975); (T. S. Gales)

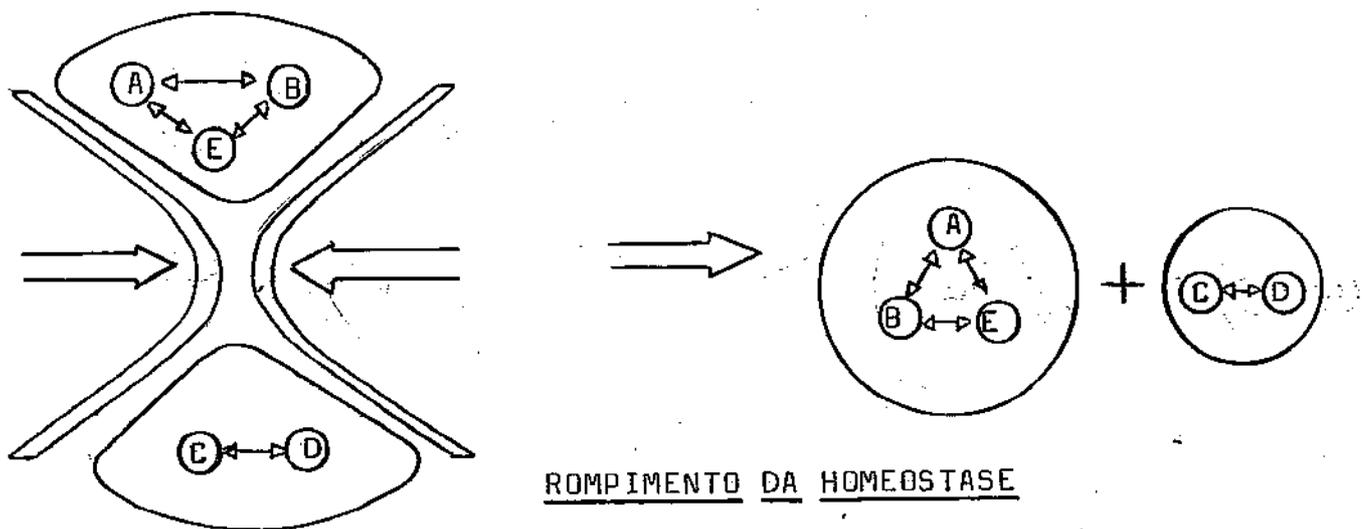
Não devemos esquecer que os sinais de informação e transação dentro do sistema e entre todos os níveis, tanto ascendentes quanto descendentes, têm um percurso linear e sua energia flui em ambas as direções, sem que uma extremidade domine a outra. Não se trata então, de uma transferência de contróle, mas essencialmente a organização da complexidade. Isso nos permite superar a idéia da "localização" de "algo superior", que "controla" "algo inferior".

O evoluir e o regredir ocorrem quando é ultrapassado o limite máximo de flexibilidade e plasticidade internas do sistema, que existe em elevado grau, e que lhe possibilita adaptar-se às novas circunstâncias. A isso corresponde a rutura da homeostase, que é um estado de equilíbrio dinâmico, transaccional, dotado de grande flexibilidade, e onde as variáveis interdependentes no sistema vivo, podem oscilar numa ampla faixa entre um limite superior e um inferior. Assim, do seu rompimento pode surgir a regressão, que se dá através de mecanismos de realimentação negativos, os quais tendem a reduzir qualquer desvio do estado de equilíbrio (feedback negativo). Noutro sentido temos a realimentação positiva (feedback positivo), que consiste em ampliar certos desvios, essencial nos processos de desenvolvimento. É o que está representado na figura 8, onde uma estrutura com cinco elementos (a, b, c, d, e) sofre uma pressão do ambiente externo, mas num primeiro momento sem romper seu equilíbrio, e num segundo, tendo esse equilíbrio perdido e desdobrando-se em duas estruturas menores.

ELEVADO GRAU DE FLEXIBILIDADE E
PLASTICIDADE INTERNAS (HOMEOSTASE)



ALTERAÇÕES DO AMBIENTE



ROMPIMENTO DA HOMEOSTASE
(REGRESSÃO OU FEEDBACK NEGATIVO)

FIGURA 8 - A HOMEOSTASE COMO UM ELEVADO GRAU DE FLEXIBILIDADE E PLASTICIDADE INTERNAS, E SEU ROMPIMENTO (REGRESSÃO OU FEEDBACK NEGATIVO)

Segundo Bertalanffy (1977), "o modelo da homeostase é aplicável em psicopatologia porque em regra geral as funções não homeostáticas declinam nos doentes mentais. Assim, Karl Menninger (1963) descreveu o progresso da doença mental como uma série de mecanismos de defesa, que vão se estabelecendo em níveis homeostáticos cada vez mais baixos, até restar apenas a pura preservação da vida fisiológica. É importante lembrar mais uma vez, que se deve partir da linguagem para encontrar o biológico e não o contrário. O conceito exposto por Arieti (1959), da regressão teleológica progressiva na esquizofrenia é deste mesmo gênero".

Parece muito útil a idéia de "descontinuidade" apresentada por Monod e Coutinho (1985): "Uma descontinuidade estocástica, fortuita, separa a vida da inação da matéria chamada bruta. Outra descontinuidade também estocástica, dependente do acaso das mutações e recombinações genéticas, separam o mundo do espírito, da consciência, sobre o qual há o que dizer, embora muito menos, e muito mais inseguro, do que seria desejável".

Os modelos de pensamento hилоzoísta e casualista podem assim ser caracterizados: "o primeiro é o continuista, parecendo estar animado da convicção de que a unidade preconizada da fenomenologia universal, de uma espécie de superfísica sem fraturas e descontinuidades, os leva a depositar esperanças, promovidas quase a certezas, de que a vida seja uma função da complicação molecular suficientemente elevada, envolvendo combinações capituladas na chamada química orgânica, a química dos compostos de carbono, emanando do caos material necessariamente todas e tantas vezes quantas conjunções favoráveis surjam.

A segunda linha, o modelo de pensamento casualista, ao

contrário, admite de início a descontinuidade, a não necessidade de um conceito de evolução direta, não carecida para o entendimento, dentro do quadro — evolução mineral, evolução prebiótica, advento da vida." (Coutinho - 1985). É possível que uma "descontinuidade" desse tipo possa também ser considerada no caso da esquizofrenia. Para ela não se pode negar a existência de um substrato hereditário, genético, portanto somático. Mas quando falamos de esquizofrenia é geralmente à sua manifestação clínica, ao comportamento típico que o indivíduo assume nessas circunstâncias que nos referimos (as idéias de perseguição, envenenamento, o isolamento no autismo, etc.). Como o que ele diz no seu discurso geralmente diz respeito aos possíveis conflitos, conscientes ou inconscientes, presentes em sua história pessoal, tende-se a ver aí uma possível gênese da esquizofrenia. A atitude oposta é a que, considerando simplesmente o aspecto hereditário, fala da esquizofrenia como de uma "somatose". Essa dicotomia só pode ser superada através da noção de forma, pois é ela que introduz um princípio de descontinuidade, dando as condições de um desenvolvimento por saltos ou crises. O que se tem aqui é uma diferença estrutural. Assim, do "somático" para o "psíquico" há um salto qualitativo, que implica numa nova "ordem" que inclui a anterior, mas que lhe dá um novo sentido e a estrutura numa totalidade mais diferenciada.

Esse substrato genético é o que, dentro da estrutura promove a "descontinuidade", cujo sentido já esclarecido anteriormente, manifesta-se numa nova forma de vivenciar o mundo (psiquicamente). Mas, uma vez ocorrido esse acontecimento de tipo estocástico, fortuito, põe-se em marcha como "necessidade", típicos

mecanismos defensivos regressivos, e que na clínica manifestam-se sob a forma da esquizofrenia. É o que entendemos como o salto de qualidade entre o que é propriamente neurótico ou não, na história pessoal, até o momento da manifestação da crise psicótica, e a forma nova, característica da doença.

Assim, a descontinuidade entre estas fenomenologias, não implica desmembramento da unidade da natureza. Apenas o conceito de unidade deixa de ter a conotação das idéias dos continuístas, dos hilozoístas.

Ao mesmo tempo que aberta ao mundo e idêntica no tempo, a estrutura é também uma unidade, pois ela se define como um processo total. Temos desse modo esboçadas numa estrutura, aquelas características formais do eu descritas por Jaspers:

1) O sentimento de atividade (a consciência da própria ação), estaria representado pelo sentido ou função na estrutura.

2) A consciência da unidade (eu sou uno no momento), estaria representada na relação das partes na estrutura.

3) A consciência da identidade (sempre sou o mesmo), estaria representada pelo padrão de ordem da estrutura.

4) A consciência do eu em oposição ao exterior e aos outros (cisão sujeito-objeto), estaria representada pela abertura da estrutura, e todas as implicações daí resultantes.

Assim, um dos mecanismos mais universais encontrados na natureza, e cuja finalidade é a busca da manutenção de um estado de equilíbrio estável, perturbado em determinadas circunstâncias, é aquele da subdivisão de uma estrutura de maior número de elementos, em outras de menor número.

Considerando um dos S.P.O., "vozes" que acompanham as

ações do paciente, por exemplo, fica evidente que aquelas correspondem ao "diálogo" que geralmente todos nós travamos conosco mesmo, seja na primeira ou na terceira pessoa, com a diferença de que no paciente há uma vivência sensorial (o pensamento volta a apresentar qualidades sensoriais), e simultaneamente a alienação quanto ao fato de tal "diálogo" lhe pertencer, pois para ele, tratam-se de "vozes" que procedem de fora e que não lhe pertencem.

Observando esse sintoma de um ponto de vista estrutural, pode-se dizer que "parte" do conteúdo do eu psíquico como que "escapou" para fora. A estrutura do eu psíquico como que "perdeu" parte de seus elementos e é agora menor, obtendo com isso a vantagem de recompor seu equilíbrio, por ser agora uma estrutura relativamente mais simples, com um menor grau de complexidade e mais estável. É o que chamamos de doença, que com sua produção de sintomas, é a expressão da busca natural de uma estabilidade perdida. Isso contudo tem um preço: a diminuição e o empobrecimento no nível superior funcional da estrutura, processo esse que, como já foi dito, podemos denominar de regressivo, cuja grande vantagem é a de que, perdendo um pouco dos elementos, a estrutura mantém viva e íntegra o seu restante. Assim, entre as estruturas menores resultantes, geralmente ocorrem as mais variadas formas de interação. No nosso exemplo, o paciente dialoga com suas "vozes" alucinadas, sem o inconveniente delas lhe pertencerem. Essa dimensão do pensamento psíquico onde ele manifesta suas "primitivas" qualidades sensoriais, empresta um especial destaque ao conteúdo das vozes, fazendo o paciente vivê-las como algo realmente externo, mas com as quais ainda se sente comprometido.

A conduta do paciente não se deduz da conduta do normal

por simples subtração das partes, mas representa uma alteração qualitativa, e é na medida em que exigem uma atitude da qual o paciente não é mais capaz, que certas ações são eletivamente perturbadas. Em termos funcionais, o que há nesse caso não é a simples perturbação de uma faculdade particular, trata-se porém, da deficiência de uma função fundamental psíquica: incapacidade de destacar claramente um conjunto percebido, concebido ou desempenhado a título de figura, sobre um fundo tratado como indiferente.

Para Foucault (1975), "não se deve ler a patologia mental no texto demasiado simples das funções abolidas: a doença não é somente perda da consciência, entorpecimento de tal função, obnubilação de tal faculdade. No seu corte abstrato, a psicologia do século XIX incitava essa descrição puramente negativa da doença; e a semiologia de cada uma era muito fácil: limitava-se a descrever as aptidões desaparecidas; a enumerar nas amnésias, as lembranças esquecidas, a pormenorizar nos desdobramentos de personalidades as sínteses tornadas impossíveis. De fato, a doença apaga, mas sublinha; abole de um lado, mas é para exaltar do outro; a essência da doença não está somente no vazio criado, mas também na plenitude positiva das atividades de substituição que vêm preenche-lo.

Que dialética vai explicar ao mesmo tempo estes fatos positivos e os fenômenos negativos de desaparecimento?

Inicialmente, pode-se notar que funções desaparecidas e funções exaltadas não são de mesmo nível: o que desapareceu, são as coordenadas complexas psíquicas, as condutas conservadas e acentuadas são, ao inverso, segmentárias e simples; trata-se de elementos dissociados que se liberam num estilo de incoerência

absoluta. Os fenômenos positivos da doença se opõem aos negativos, como o simples ao complexo. Mas também como o estável ao instável. As condutas acentuadas pela doença têm uma solidez psicológica que não apresentam as estruturas abolidas. O processo patológico exagera os fenômenos mais estáveis e só suprime os mais lábeis.

Finalmente as funções patologicamente acentuadas são as mais involuntárias. Digamos então, resumindo, que a doença suprime as funções complexas, instáveis e voluntárias, exaltando as funções simples, estáveis e automáticas.

Ora, esta diferença de nível estrutural psíquico é duplicada por uma diferença no nível evolutivo.

Se, então, num só movimento, a doença ocasiona sinais positivos e negativos, se ela suprime e exalta, ao mesmo tempo, é na medida em que, retornando a fases anteriores do desenvolvimento, faz desaparecer as aquisições recentes, e redescobre as formas de condutas normalmente ultrapassadas. A doença é o processo ao longo do qual se desfaz a trama da evolução, suprimindo inicialmente, e nas suas formas mais benignas, as estruturas mais recentes, atingindo em seguida, no seu término e no seu ponto supremo de gravidade, os níveis mais arcaicos. A doença não é então um déficit que atinge cegamente esta faculdade ou aquela; há no absurdo do mórbido uma lógica que é preciso saber ler; é a própria lógica da evolução normal. A doença não é uma essência contra a natureza, ela é a própria natureza, mas num processo invertido; a história natural da doença só tem que restabelecer o curso da história natural do organismo são. Mas nesta lógica única, cada doença conservará seu perfil singular; cada entidade nosográfica encontrará seu lugar, e seu conteúdo será definido pelo ponto onde

para o trabalho da dissociação; às diferenças de essência entre as doenças, é preciso preferir a análise segundo o grau de profundidade da deterioração, e o sentido de uma doença poderá ser definido pela estiagem em que se estabiliza o processo de regressão.

Mas a análise regressiva descreve a orientação da doença, sem determinar seu ponto de origem, a causalidade que a torna necessária. Esta necessidade e suas formas individuais não devem ser exigidas de uma evolução sempre específica, mas da história pessoal do doente".

Lembramos contudo o caráter estocástico, fortuito do processo por trás da psicose esquizofrênica, que promove uma "descontinuidade", cuja natureza não se deve tentar esclarecer em sua essência pela história pessoal do indivíduo. Esta situação limite no dizer de Jaspers (1971), em nada tira o brilho e a importância de uma análise da história pessoal do paciente do ponto de vista da psicologia compreensiva.

Entendemos que a figura e fundo estão numa relação dialética no nosso campo perceptivo do mundo interior e exterior, onde uma é concebida em função da outra, simultaneamente, e dentro de um equilíbrio harmônico. É o que ilustra a figura 9. Nela percebemos, ora dois perfis, se o destaque (figura) é das laterais, ora uma taça, se o destaque (figura) é o centro.

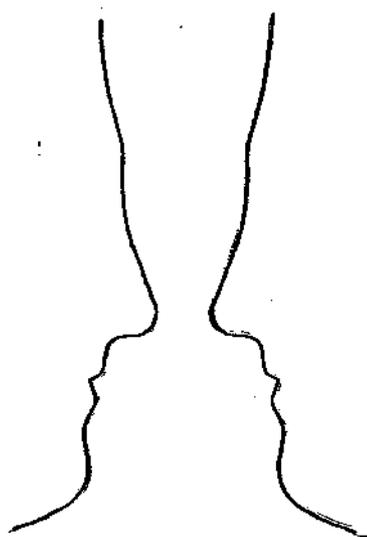


FIGURA 9 - REPRESENTAÇÃO DA DINÂMICA FIGURA E FUNDO

No nosso exemplo, o paciente já não consegue perceber nas vozes o seu pensamento (isso em pleno surto). No que diz respeito a essas deficiências, se elas são a expressão de um transtorno mais central, serão menos eletivas e mais duráveis, e se ao contrário são a expressão de um transtorno mais periférico, serão mais eletivas e menos duráveis. Contudo, a função fundamental (abrangente) da qual falamos, não deve estar circunscrita à região mais central, pois supõe a integridade do conjunto. Jaspers as

chamou de "Funções Psicofísicas Básicas".

Não podemos então atribuir, com propriedade, à região periférica a constituição das formas, como se ela não pedisse a colaboração do centrô, nem localizar na atividade central a apreensão dos conjuntos simultâneos como se ela nada devesse à zona periférica. Na estrutura a especificidade local não lhe pertence, e não lhe é inerente, depende de suas relações com as outras localizações. As especificidades locais são a cada momento distribuídas às outras localizações, segundo o que exige o equilíbrio da constelação total.

A forma possui propriedades originais em relação às partes que delas se pode destacar. Cada momento aí é determinado pelo conjunto dos outros, e seu valor respectivo depende de um estado de equilíbrio total, cuja fórmula é um caráter intrínseco da forma (que pode ser definida como um processo do tipo figura e fundo).

A forma parece capaz de explicar a ambigüidade das localizações periféricas e centrais. Essas localizações incontestes, representam os pontos onde se desenrolam os processos essenciais, a "figura" do processo total, sem que se possa jamais separá-las inteiramente de um fundo que é a atividade restante.

Baseado nessa dialética de interno, externo, Klaus Conrad (1963) fez uma análise do delírio segundo a psicologia da forma. Em sua obra "A Esquizofrenia Incipiente" descreve para o delírio as seguintes etapas:

a) - TREMA - termo que tem a mesma significação que a usada no teatro: a expectativa do ator antes de entrar em cena; é um estado de tensão onde nada ainda se definiu. O ator pode no

último momento até desistir de entrar no palco, mas entrando em cena ele fica como que preso em um campo, onde só pode fracassar ou vencer. Para esse autor, algo semelhante se passa com o psicótico e o sintoma protótipo dessa etapa é o "humor delirante". Nele o paciente geralmente está angustiado, diz sentir "algo no ar", que "algo está para acontecer". Não se trata de dúvida, apenas não sabe o que vai acontecer. A experiência é bem típica.

b) - Segue-se a esta primeira etapa a que o autor denomina de Fase APOFÂNICA - termo originário do grego e que significa revelação. Aqui ocorre uma consciência anormal de significações. Aquilo que no trem estava indefinido revela-se agora em múltiplas significações no ambiente. O sintoma protótipo dessa etapa é a "percepção delirante". Aqui o paciente percebe nos objetos do mundo, além daquele significado comum às outras pessoas, um outro geralmente dirigido à sua pessoa.

c) - Esse aspecto de "ser com ele", "referido a ele" — o paciente é prisioneiro de si mesmo e se imagina como o centro do mundo, — é a etapa denominada - ANÁSTROFE.

O autor procura explicar o que ocorre no humor delirante e na percepção delirante, lançando mão do jogo dinâmico entre figura e fundo, fenômeno por demais conhecido como por exemplo, na imagem dos dois perfis dispostos um diante do outro. Num momento vemos dois perfis, no outro uma taça (figura 9).

Essa versatilidade em mudar de "ponto de vista" comum a todos nós é, segundo Conrad "perdida" quando o paciente está em pleno surto psicótico.

Assim no humor delirante um fundo normalmente neutro perde essa neutralidade, invadindo o plano da figura, mas sem ainda

se constituir na própria figura, sem se "revelar". Disso resulta aquela sensação de estranheza vivida pelo paciente, de que "algo está para acontecer", mas que não se define, embora, como já dissemos, não se trata de dúvida.

É na apofania que uma significação do mundo perceptivo, geralmente no sentido da auto-referência, é vivenciada pelo paciente: o fundo neutro, que na etapa anterior estava a meio caminho do primeiro plano da figura, atinge-o finalmente, e o paciente começa a "entender" o que se passa. Conrad diz que do objeto percebido destaca-se uma "qualidade essencial" (Matussek - 1952)^{a,b} — uma das múltiplas significações que um objeto pode ter —, ao mesmo tempo em que o paciente à ela se liga, sem poder dela se desvincular. Tomemos por exemplo o objeto faca. Uma qualidade essencial sua seria por exemplo, como arma, instrumento que serve para matar. Isso, junto a incapacidade para se desvincular — impossibilidade para mudar de ponto de vista —, resultaria na idéia de que a faca está ali para matá-lo, de que querem matá-lo. Teríamos assim, o surgimento da percepção delirante.

d) - A seguir ocorre a etapa - APOCALÍPTICA - onde observam-se a desintegração estrutural do pensamento e da linguagem e alucinações em massa. A coerência interna inicial desaparece para se transformar em confusão total. Uma vivência patológica típica dessa etapa seria a "agitação catatônica".

e) - Finalmente surgiria a etapa - CONSOLIDAÇÃO - com declínio do estágio agudo, podendo ao final permanecer um delírio residual, com idéias delirantes isoladas, desvinculadas da vivência geral.

ESTRUTURA DA PERSONALIDADE E TOPOGRAFIA DOS SINTOMAS

Podemos definir aproximadamente a personalidade como o fundo estrutural constante e próprio de cada indivíduo, especialmente em relação com as tendências, os sentimentos, a vontade e a valorização, experimentados como inseparáveis do eu.

Personalidade é um conceito essencialmente funcional: o sistema de conexões biológicas e psicológicas operativo em cada um de nós.

O eu é antes de tudo um conceito fenomenológico: a experiência de si mesmo. Ele reflete em certo sentido a face subjetiva da personalidade, não sendo uma formação estática, mas uma experiência psicológica peculiar que não se percebe a não ser em movimento.

Enquanto estrutura psíquica consciente do mundo fenomênico fora de si e de sua própria subjetividade, o eu diferencia-se gradativamente no curso do desenvolvimento individual. No processo de discernimento dessa subjetividade, são de maior importância os seguintes fatores:

- 1) - Repetição das impressões do próprio corpo, que condiciona a formação de uma auto imagem corporal contrastando frente às impressões e sensações do mundo exterior;

- 2) - A alternância de satisfação e não satisfação dos desejos, que leva ao reconhecimento dos próprios limites e da diferença com o mundo exterior;

- 3) - O exercício da vontade e a realização de movimentos espontâneos, não automáticos, que favorecem a consciência do centro de referência pessoal.

Para a psicanálise o eu tem duas superfícies perceptivas: percepção interna, dirigida à vida instintiva e normas do superego, e percepção sensorial, dirigida para a realidade externa.

O eu, que está regulado pela integração harmônica das experiências subjetivas com as circunstâncias externas, tende a satisfazer a maior quantidade possível de necessidades e desejos subjetivos. Os mecanismos de defesa do eu são postos inconscientemente em funcionamento para preservar seu equilíbrio e integridade ante a irrupção de punções ameaçadoras do id.

Nossa pesquisa forneceu resultados, que favorecem a hipótese de que os S.P.O. se comportam de modo diferente, uns em relação aos outros quanto a sua duração no tempo. É como se eles fossem mais ou menos "resistentes", quando comparados entre si.

Para facilitar a compreensão dessa idéia, vamos representar graficamente esses resultados, distribuindo os sintomas em dois grupos:

- a) — o dos sintomas "marginais"
- b) — e o dos sintomas "nucleares".

É o que ilustramos na figura 10, onde o círculo mais interno quer representar em A os sintomas "nucleares", e o mais externo, em B, os sintomas "marginais". A personalidade é representada de forma mais abrangente pela seta pontilhada. A e B estão numa relação dinâmica de modo que podem representar ora a figura, ora o fundo neutro.

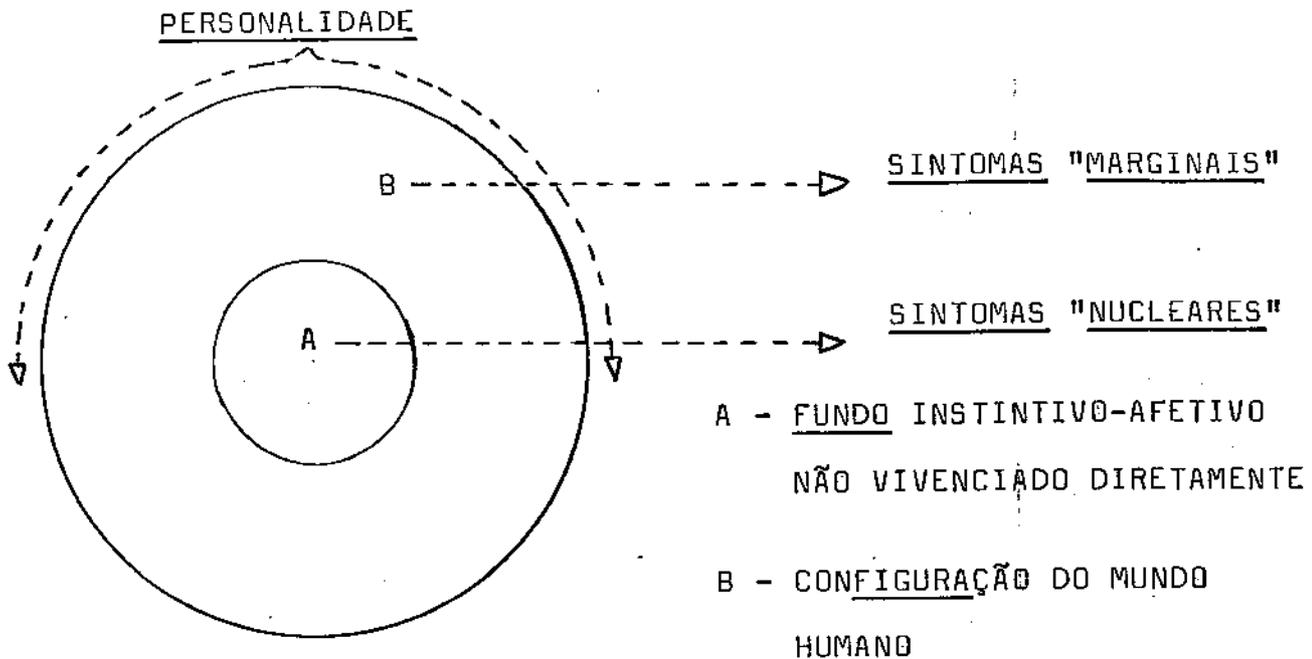


FIGURA 10 - REPRESENTAÇÃO DE UMA TOPOGRAFIA PARA OS SINTOMAS "MARGINAIS" E "NUCLEARES", DENTRO DA ESTRUTURA DA PERSONALIDADE

O sentido do termo "sintomas marginais", é de que são sintomas menos duradouros (menos estáveis), menos perturbadores para o equilíbrio da estrutura da personalidade, e onde esta pode revelar com mais possibilidades toda a sua riqueza pessoal (cultural). Já os "sintomas nucleares" significam que são mais duradouros (mais estáveis), mais perturbadores para o equilíbrio da estrutura da personalidade, e onde esta tem bem menos

possibilidades de revelar sua riqueza pessoal (cultural).

Representando a estrutura da personalidade pelo mesmo círculo da figura 10, poderíamos dizer que, dirigindo-se do centro para a periferia teríamos um aumento de diferenciação e complexidade, e uma diminuição de estabilidade, de modo que no "núcleo" da sua estrutura a personalidade abrigaria aquilo que nela é menos diferenciado, e na sua "periferia" ocorreriam fenômenos de um nível funcional superior, mais diferenciados, menos estáveis. Em outras palavras, do núcleo da estrutura da personalidade teríamos um fundo instintivo-afetivo não vivenciado diretamente, que seria a condição para a configuração do mundo humano, manifestado na periferia e nela vivido diretamente. Não devemos deixar de entender esse "núcleo" e essa "periferia" como simples artifício utilizado no entendimento de uma idéia. Núcleo e periferia comporiam uma estrutura, onde um é o que é devido ao outro.

É possível então que, dependendo do grau de desorganização atingido no processo patológico (o processo esquizofrênico por exemplo), surgiriam sintomas que denominamos de "marginais" e "nucleares". A diferença entre esses sintomas está no seu grau de comprometimento com a estrutura da personalidade. Por exemplo, um sintoma "marginal" é a expressão de um nível organizacional hierarquicamente superior dentro da estrutura da personalidade. Isto significa que sua manifestação clínica traduz melhor a riqueza daquele nível funcional: o compromisso com a personalidade total é maior e o indivíduo "investe" mais do seu acervo biográfico-cultural em uma temática (conteúdo), que preencha a forma (sintoma).

Um exemplo que nos ajudará a esclarecer essa idéia é o da

percepção delirante. Observamos na prática clínica ser esse um dos sintomas que surgem geralmente nos primeiros surtos esquizofrênicos. Ele pode ser o ponto de partida para uma intensa reflexão, onde o paciente vivendo tudo como referindo-se a ele próprio, consegue com os recursos do conhecimento assimilado do seu meio cultural, reformular um mundo transformado pelo processo psicótico. Surgem daí idéias que podem ser mais ou menos sistematizadas, onde a atitude do indivíduo diante do mundo dá a sua contribuição. Se for alguém suficientemente curioso sobre os acontecimentos que se desenrolam na sua vida pessoal junto com os outros, veremos surgir daí todo um sistema de idéias delirantes, cuja riqueza reflete seu nível cultural.

Desse modo, um sintoma marginal é a expressão de um nível estrutural ainda bem organizado da personalidade, que busca através dele uma continuidade de sentido para suas novas vivências.

Consideremos agora um sintoma "nuclear", como por exemplo a desagregação do pensamento, encontrado no estado terminal de certos processos psicóticos crônicos iniciados na adolescência. Esse tipo de sintoma é a expressão da desorganização em um nível estrutural inferior, menos diferenciado dentro da personalidade, e conseqüentemente, básico para os processos psíquicos que lhe são superiores. Daí seus efeitos mais lesivos. Entre esses dois extremos se distribuem os S.P.O. de Kurt Schneider.

Com a cisão ou rutura do eu pelo processo psicótico, surgiriam os sintomas que estamos analisando. É o que ilustra a figura 11, onde está representada uma estrutura com 5 elementos (a, b, c, d, e) e sua função (o eu face ao mundo), e que ao longo do tempo sofre num determinado momento, um processo de "rutura" em sua

outras palavras, eu me sinto uno no momento, idêntico ao longo do tempo, e separado do mundo, ao mesmo tempo em que faço parte dele com minhas atividades. Tudo isso é vivido a cada instante na neutralidade daquele fundo estrutural.

Com cisão ou rutura do eu, há uma reorganização da sua estrutura e parte dela se destaca do fundo neutro ao plano da figura. Assim, parte daquela estrutura é como que "expulsa" e passa a coexistir no mundo junto aos outros objetos, mas estabelecendo com o eu originário relações significativas.

Se considerarmos a percepção delirante por exemplo, pode-se dizer que nela, parte da estrutura que se destaca do seu fundo neutro para o plano da figura, é mais diferenciada e de um nível funcional hierarquicamente superior. Uma cisão nesse nível organizacional, produz sintomas (formas) que podem refletir em seu conteúdo uma maior riqueza biográfico-cultural do indivíduo. Embora já prisioneiro de um ponto de vista auto-referente, ele tem mais liberdade em reunir as novas significações do seu mundo perceptivo, em torno de uma temática, que por razões pessoais lhe seja importante. O próprio sintoma, onde ao lado dos significados comuns a todas as outras pessoas, é percebido nos objetos um significado extra só pelo indivíduo em questão, é mais próximo da manifestação do pensamento comum, que também vê nos objetos do mundo, significados os mais variados.

Daquelas características formais do eu, observamos na percepção delirante distúrbios na "cisão sujeito-objeto" (ver quadro XX).

No caso de "vozes" que acompanham as ações do paciente, pode-se dizer que como resultado da cisão do eu, a parte que se

destaca como figura do fundo estrutural neutro, alcança maior relevo, o que clinicamente se traduz pelas qualidades sensoriais que o pensamento passa a apresentar. Isso dá ao sintoma um certo caráter objetivo, identificando-o mais convincentemente aos objetos do mundo. Do mesmo modo como no caso anterior, a característica formal do eu "cisão sujeito-objeto" é afetada, pois tanto aqui quanto lá, trata-se de conteúdos do eu vivenciados fora dele próprio. No caso anterior, como significações novas no mundo, neste outro, como "vozes" que são vivenciadas pelo paciente como provenientes de fora e que não lhe pertencem.

Neste último caso, o distúrbio em uma outra característica do eu, o "sentimento das atividades do eu", começa a surgir discretamente. Não se trata de um distúrbio tão acentuado, como se dá em outras vivências, as quais serão analisadas em seguida, mas é que as "vozes" já passam a ser vividas como algo mais nitidamente alheio a si próprio. No quadro XX colocamos apenas a "cisão sujeito-objeto" como característica formal do eu afetada, já que "o sentimento das atividades do eu" participa de forma muito discreta.

Na difusão do pensamento, o distúrbio na característica formal do eu "cisão sujeito-objeto" parece ocorrer de modo mais acentuado. Nos casos anteriores o paciente, "esvaziado" de algo seu, ainda é possuidor daquilo que lhe resta, e com isso pode geralmente "enfrentar seus inimigos". Já neste último caso ele é esvaziado em sua totalidade. É como se já não houvesse mais fronteiras entre o eu e o não eu, tão vital na experiência da própria intimidade: "todos sabem o que penso". Desaparece o contraste entre a figura e o fundo neutro, interior (mundo

subjetivo) e exterior (mundo objetivo) são transparentes entre si. A falta desse contraste ainda existente nos sintomas anteriores, faz da difusão do pensamento uma experiência, onde o eu está a mercê de um "poder" sem limites, mágico, tornando-se mais vulnerável aos outros. Nessas condições, o indivíduo tem menos disposição para refletir sobre o mundo transformado (psicoticamente), com novas significações, como geralmente se observa na percepção delirante.

Nos sintomas roubo do pensamento e outras vivências de influência do pensamento, a situação é semelhante à da difusão do pensamento. A diferença é que aqui, além de estar perturbada a característica formal do eu "cisão sujeito-objeto", também está perturbada uma outra dessas características, que é o "sentimento de atividades do eu".

Experiência semelhante é a que se passa na subtração do pensamento. Roubo e subtração são praticamente equivalentes, e o que é observado para um, é válido para o outro.

Finalizando, nas vivências de imposição no domínio corporal, dos sentimentos e pensamentos do paciente, observa-se um distúrbio por excelência daquela característica formal do eu, que Jaspers designa como o "sentimento de atividade do eu", além da característica "cisão sujeito-objeto".

Confrontando a difusão do pensamento, com o roubo do pensamento e a vivência de influência, pode-se dizer que no primeiro caso a "direção" do distúrbio é centrífuga, de dentro para fora, enquanto que nos dois últimos casos é centrípeta, de fora para dentro.

Todos esses sintomas são fundamentalmente o resultado da

cisão do eu, através da qual sua estrutura é rompida, resultando daí estruturas menores mais simples. Simultaneamente ocorre uma reestruturação dos seus elementos, sempre dentro de uma disposição hierárquica, já que com a cisão, as estruturas resultantes são hierárquicamente inferiores. Existiriam como que "planos de cisão", do mais hierarquizado, ao menos diferenciado. O sintoma é o resultado da interação entre duas ou mais dessas estruturas menores. Quanto menos hierarquizado o plano de cisão, mais perturbador é o sintoma.

O plano de cisão é expresso clinicamente no jogo dinâmico entre figura e fundo. O eu é normalmente um fundo neutro, preenchido pela figura (conteúdo) do mundo. Quando há cisão em um plano hierarquicamente superior, esse fundo perde parte de sua neutralidade, e então invade o plano figurativo do mundo, revelando-se aí como a "figura-sintoma". Esta mantém uma relação com o fundo estrutural restante, agora já transformado, pois, a cisão reordena os elementos de estrutura.

Desse modo, a figura 11 seria a representação de um plano de cisão mais hierarquizado, enquanto a figura 12 a representação da cisão em um plano menos hierarquizado. Nela está representada a estrutura do eu "cindida" em um plano mais profundo, que afetaria seu "núcleo" e promoveria o surgimento de um número maior e mais variado de sintomas.

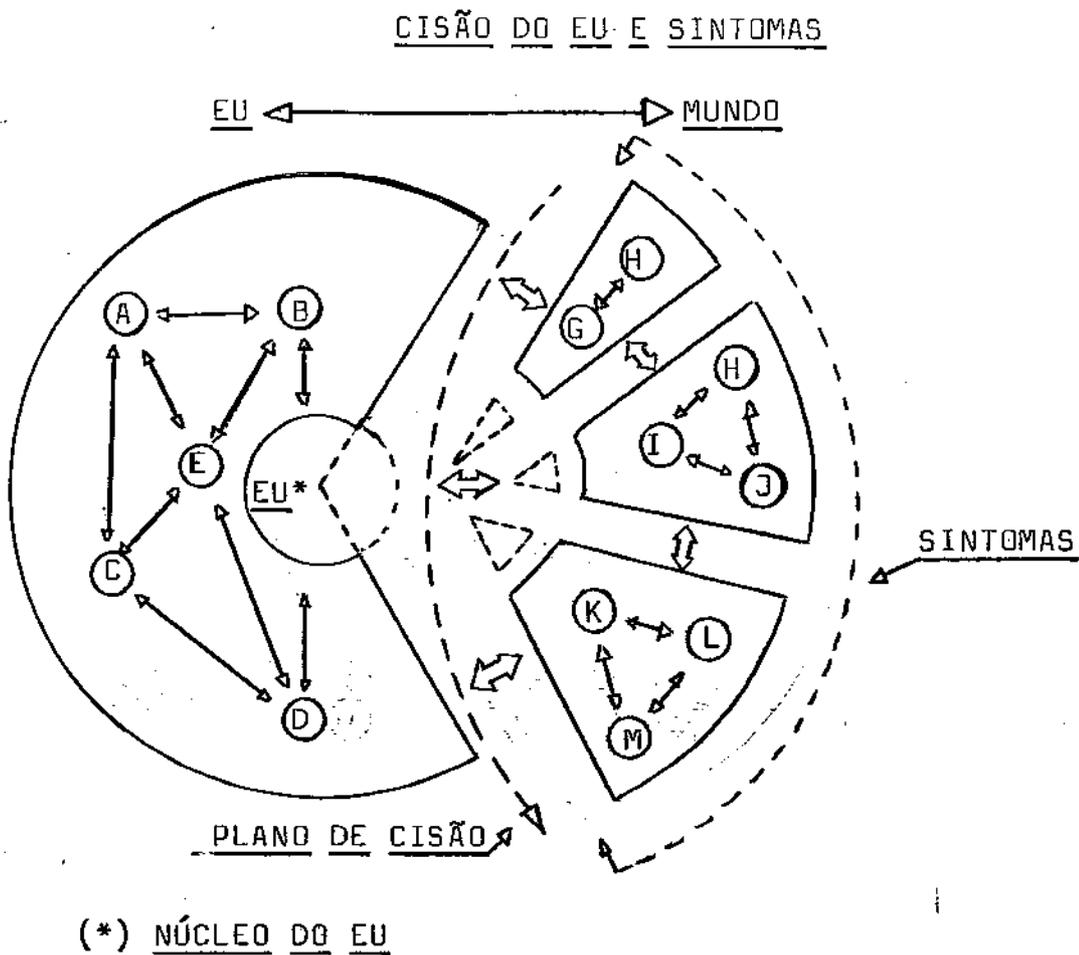


FIGURA 12 - ILUSTRAÇÃO DO PROCESSO DE "RUTURA" DO EU SEGUNDO UM PLANO MAIS PROFUNDO (MENOS HIERARQUIZADO)

V.2 - OS RESULTADOS À LUZ DO MODELO ESTRUTURAL OU SISTÊMICO

Na tabela 3 estão registradas as frequências dos S.P.O. para cada subforma clínica.

A subforma paranóide é a mais expressiva de toda a amostra (31 casos ou 77,5%). A frequência dos S.P.O. observados foram:

Vozes que acompanham as ações do paciente	45,2%
Outras vivências de influência	45,2%
Percepção delirante	35,5%
Difusão do pensamento	19,4%
Imposição do pensamento	16,0%
Subtração do pensamento	6,5%

Na subforma hebefrênica encontramos a seguinte distribuição para os sintomas:

Vozes que acompanham as ações do paciente	50,0%
Percepção delirante	50,0%
Outras vivências de influência	33,3%
Difusão do pensamento	33,3%
Subtração do pensamento	33,3%
Imposição do pensamento	16,7%

Comparando as duas subformas anteriores, observamos algumas semelhanças na distribuição dos S.P.O. Figurando como os sintomas mais frequentes estão: "Vozes" que acompanham as ações do paciente e percepção delirante, e como sintomas menos frequentes: difusão do pensamento, imposição do pensamento e subtração do

pensamento.

Na subforma parafrênica é nítida a diminuição do número de S.P.O. Nela eles estão distribuídos da seguinte forma:

Percepção delirante	66,7%
Outra vivências de influência	33,3%
Subtração do pensamento	33,3%

Observando os resultados acima, é evidente a predominância de S.P.O. do tipo "Vozes" que acompanham as ações do paciente e percepção delirante.

Mesmo na subforma parafrênica onde o número de S.P.O. é bem inferior, a percepção delirante figura numa percentagem de 66,7%. Por outro lado sintomas do tipo difusão do pensamento, subtração do pensamento e imposição do pensamento são de frequência nitidamente inferior. Assim, das subformas hebefrênicas e paranóide por um lado, próprias de indivíduos mais jovens (adolescentes e adultos jovens), e para a subforma parafrênica por outro, característica de indivíduos maduros, com idade em torno dos 40 anos, a variedade e o número dos S.P.O. diminuem.

Na tabela 4 está registrado o número de pacientes com um, dois ou mais S.P.O. nas subformas clínicas da nossa amostra. Nela observamos algo interessante: nas subformas paranóide e parafrênica há uma tendência à um maior número de pacientes com um único sintoma.

Na subforma paranóide encontramos:

Pacientes com <u>um S.P.O.</u>	64,5%
Pacientes com dois ou mais S.P.O.	33,5%

Na subforma parafrênica:

Pacientes com <u>um S.P.O.</u>	66,7%
Pacientes com dois ou mais S.P.O.	33,3%

Na subforma hebefrênica:

Pacientes com <u>um S.P.O.</u>	33,3%
Pacientes com dois ou mais S.P.O.	66,7%

A subforma hebefrênica apresenta uma tendência inversa, ocorrendo um maior número de pacientes com dois ou mais S.P.O.

Nas tabelas 5, 6, 7 e 8 estão registrados a intensidade dos S.P.O. no início e no final do tratamento e no total da amostra. Seus resultados devem ser avaliados tomando-se por base o modo como a medicação foi administrada, sua natureza, dosagem e duração; no entanto, como o tratamento dos pacientes da amostra esteve sempre sob a responsabilidade dos médicos pertencentes ao corpo clínico das instituições nas quais foi realizada a pesquisa, limitamo-nos apenas a registrar sua prescrição nos prontuários, sem a possibilidade de um estudo mais preciso da sua eficácia através de um grupo controle. Desse modo, nossa observação sobre essa questão restringir-se-á apenas ao seu aspecto descritivo, sem querer tirar daí maiores conclusões.

Desse modo, dos seis casos onde observamos a persistência de alguns S.P.O. após o tratamento hospitalar, quadro deles na subforma paranóide e dois na subforma hebefrênica, a administração da medicação ocorreu num período entre 25 e 71 dias. Uma medicação como por exemplo o haloperidol, foi administrada numa dosagem que variou de 5 mg à 46 mg em média por dia. Em um único caso a dosagem

foi de 3 mg/dia. Deve ser levado em consideração que o grau de remissão dos sintomas depende não só da medicação, mas também de outros fatores, como por exemplo a personalidade pré-mórbida do paciente.

Observamos casos por exemplo, onde mesmo se administrando uma medicação em dosagem elevada e por períodos longos, certos sintomas não remitiram ou o fizeram parcialmente, e casos onde, apesar de uma dosagem da medicação inferior à média e por menor período, os sintomas remitiram.

Feitas estas considerações voltemos a tabela 5 onde nota-se que o sintoma difusão do pensamento, remitiu totalmente. A sequência dos S.P.O. disposta no sentido decrescente do seu grau de remissão, é a seguinte:

Difusão do pensamento	100,0%
Percepção delirante	93,8%
"Vozes" que acompanham as ações do paciente	88,2%
Subtração do pensamento	80,0%
Outras vivências de influência	76,0%
Imposição do pensamento	67,0%

Nas tabelas 5, 6, 7 e 8 está registrada a intensidade dos S.P.O. no início o no final do tratamento para cada subforma clínica da amostra.

Na subforma paranóide (tabela 6) o comportamento é o que segue:

Percepção delirante	100,0%
Difusão do pensamento	100,0%
"Vozes" que acompanham as ações do paciente	92,9%
Outras vivências de influência	71,4%
Imposição do pensamento	60,0%
Subtração do pensamento	50,0%

Observamos que sintomas do tipo percepção delirante, difusão do pensamento e vozes que acompanham as ações do paciente têm maior grau de remissão, que aqueles do tipo "outras vivências de influência, imposição e subtração do pensamento".

Na subforma hebefrênica (tabela 7) o comportamento é o que segue:

Difusão do pensamento	100,0%
Outras vivências de influência	100,0%
Imposição do pensamento	100,0%
Subtração do pensamento	100,0%
"Vozes" que acompanham as ações do paciente	66,7%
Percepção delirante	66,7%

Observamos aqui uma tendência diferente da subforma paranóide: sintomas do tipo difusão do pensamento, imposição do pensamento e outras vivências de influência têm remissão completa, enquanto sintomas do tipo percepção delirante e vozes que acompanham as ações do paciente são de remissão parcial.

Na subforma parafrênica (tabela 8) os S.P.O. remitem

integralmente.

É possível que dependendo da subforma clínica e consequentemente da idade, um S.P.O. terá maior ou menor remissão.

Na hebefrenia um sintoma como a percepção delirante e as vozes que acompanham as ações do paciente têm um menor grau de remissão. Na subforma paranóide inverte-se a situação, passando a haver uma maior remissão desses sintomas. É como se na dinâmica da figura e fundo, a personalidade sendo o fundo mais ou menos neutro e o sintoma a figura, se esse fundo é mais instável, como no caso da hebefrenia, a figura (sintoma) tem maior estabilidade. Ao contrário, se esse fundo é mais estável, como na subforma paranóide, a figura tem menor estabilidade.

Acompanhando esta tendência, na parafrenia a remissão é total, ao mesmo tempo em que a variedade de S.P.O. é menor.

A tabela 9 mede valores semelhantes aos da tabela 5, mas considerando apenas a soma dos escores intenso e médio. O que resultou como diferença é que nela a percepção delirante apresenta uma remissão total do mesmo modo que a difusão do pensamento.

O quadro IV demonstra o comportamento dos S.P.O. quanto a faixa etária, no início e no final do tratamento. O número total dos S.P.O. bem como sua variedade diminuem com o aumento da idade, ao mesmo tempo que a sua remissão tende a aumentar.

Em resumo, a distribuição dos S.P.O. quanto a sua frequência apresenta a seguinte ordem decrescente:

- a) Difusão do pensamento
- b) Roubo do pensamento e outras influências no pensamento; vivência de imposição
- c) "Vozes" que acompanham as próprias ações do paciente
- d) Percepção delirante

Na sequência acima e no sentido de "a" para "d", os sintomas seriam a expressão de "planos de cisão" do eu cada vez mais hierarquizados, e conseqüentemente, cada vez mais constitutivos para a personalidade. Assim, a percepção delirante em relação à difusão do pensamento, refletiria melhor o acervo biográfico-cultural do indivíduo. Os conflitos intrapsíquicos mais significativos na história do indivíduo, teriam na "figura-sintoma" uma via para se expressar.

Na tabela 1, as frequências dos S.P.O. estão distribuídas de forma que podemos separá-las em dois grupos: 1^o) cujos S.P.O. obedeceram uma frequência em torno de 40%: "vozes" que acompanham as ações do paciente, vivência de imposição e percepção delirante; 2^o) cujos S.P.O. apareceram em uma frequência que variou de 12,5% a 20%: difusão do pensamento, imposição do pensamento e subtração do pensamento.

Do primeiro para o segundo grupo há uma acentuada queda da frequência dos sintomas, observando-se que a percepção delirante e as "vozes" que acompanham as ações do paciente, são mais frequentes que a difusão do pensamento por exemplo. Essa diferença de frequência tão marcante, expressa uma relação com a "capacidade"

No diagrama 4 observamos que, com o aumento da idade, diminui o número de casos com S.P.O. Admitindo que a personalidade se diferencia numa estrutura cada vez mais organizada, no sentido das etapas da vida que vão da infância à idade madura, podemos supor que os S.P.O. surgem principalmente em períodos menos diferenciados do desenvolvimento da personalidade, ou seja, esta e seu grau de maturidade parecem ser um entre outros fatores, de importância no surgimento daqueles sintomas.

Uma estrutura que está em vias de configurar-se (definir-se), como no caso da personalidade no período da adolescência, é por natureza mais propensa a "cindir-se" através do processo esquizofrênico, se este tem a oportunidade de manifestar-se. Com a cisão manifesta-se a necessidade de uma nova ordem (reorganização), que é alcançada através dos sintomas, estruturas menores e mais organizadas, embora de um nível hierárquico inferior de organização. Nesse nível de maturidade da personalidade, há como que a necessidade de um maior número de sintomas — para melhor repor o padrão de ordem perdido. E esse foi um dos resultados da nossa pesquisa: quanto menor a idade, a tendência é para um maior número de S.P.O., ou ao contrário, quanto maior a idade, menor o número de S.P.O.

Já numa estrutura de personalidade plenamente configurada (definida), como no indivíduo adulto maduro, se ocorre o processo de "cisão" esquizofrênico, é mais provável o surgimento de um menor número de sintomas, o que está de acordo com nossos resultados, dando espaço então, ao surgimento de sintomas que são principalmente sistemas mais amplos de "idéias delirantes".

A distribuição das subformas clínicas de esquizofrenia

(tabela 2) demonstra que há o predomínio da subforma paranóide, seguindo-se da hebefrênica e por fim da parafrênica. Em cada uma delas, a estrutura da personalidade apresenta-se em momentos evolutivos diferentes na vida, e o processo psicótico de cisão vai comportar-se de modo distinto, segundo cada caso.

Assim, imaginando essa estrutura como tendo um "núcleo" e uma periferia, o processo de cisão se daria em três planos:

profundo (nuclear) → médio → periférico (superficial)

No plano profundo (nuclear), estaria incluído o que acontece na hebefrenia, considerando-se aqui os casos crônicos, com deterioração da personalidade: geralmente sintomas que são a expressão de um nível organizacional hierarquicamente inferior, mais regressivo, sintomas com maior autonomia frente a pessoa do psicótico, no sentido de serem mais estáveis e duradouros.

O plano médio de cisão corresponde ao que aconteceria na subforma clínica paranóide, com sintomas que seriam expressão de um nível organizacional superior, em relação à situação anterior, e que resultaria em sintomas com menor autonomia frente à pessoa do psicótico, com uma maior possibilidade constitutiva, no sentido de expressar melhor a história dos conflitos pessoais do psicótico, isto é, na sua linguagem peculiar.

Por fim, o plano periférico (superficial) de cisão, corresponde ao que aconteceria na parafrênia, resultando daí sintomas de um nível organizacional hierarquicamente mais superior, menos regressivo, possibilitando maior autonomia à pessoa do psicótico. Observa-se também neste último caso, uma diminuição do número de sintomas. O mais típico com já foi dito, é o surgimento

de um sistema de "idéias delirantes". E o que nos impressiona em certos parafrênicos típicos, é a grande resistênciã às críticas ao sistema de "idéias delirantes" ao longo do tempo, resultando daí os conhecidos "delírios crônicos", mantidos às vezes por décadas. Já tivemos oportunidade de observar um paciente com um desses delírios crônicos que durou mais de 40 anos. No nosso entender, uma maior autonomia da estrutura da personalidade, é pelo menos um dos fatores responsáveis por esse resultado. O que observamos na experiência clínica é que o delírio fica como que "encapsulado", e o indivíduo se relaciona no mundo com toda a naturalidade possível. Observando um parafrênico trabalhando, por exemplo, dificilmente se suspeita da existênciã de suas idéias delirantes. Mas quando sobre elas se fala, surgem com bastante carga efetiva. É como se o delírio estivesse à disposição do indivíduo, como qualquer outro tipo de idéia, sobre a qual falamos quando somos questionados, e às vezes até com um certo prazer.

Devemos compreender que quando se fala de nível organizacional ou de hierarquia do plano de cisão, nos referimos a uma estrutura, a da personalidade. Isto faz com que um mesmo sintoma tenha sempre suas referências, entre as quais destacamos pelo menos duas no indivíduo: o grau de maturidade daquela estrutura, e a natureza do processo de cisão.

Nos referimos a grau de maturidade da estrutura da personalidade, porque já pudemos observar, que dependendo do desenvolvimento daquela, um sintoma será mais ou menos lesivo. E a natureza do processo da cisão, pois quando comparamos uma psicose de base orgânica (ex.: delirium tremens dos alcoólatras crônicos) e uma psicose endógena (ex.: esquizofrenia), um mesmo sintoma pode

apresentar um comportamento distinto. Assim por exemplo, nas alucinações auditivas embora se tratando fenomenologicamente da mesma manifestação (o ouvir "vozes"), na esquizofrenia leva a um maior "compromisso" da personalidade com o sintoma, do que no caso do delirium tremens, onde em geral o sintoma desaparece logo. Neste último caso, o paciente consegue até manter certa objetividade face ao sintoma. Num caso observado por nós, um alcoólatra crônico via na rua gigantescos dinossauros: "Fiquei apavorado, mas não acreditava. Pensei então: se as outras pessoas correrem, eu corro junto também". Já para o esquizofrênico as vivências são geralmente experimentadas de modo mais intenso e duradouro, com repercussões mais profundas na estrutura da sua personalidade. Basta lembrar, que após um surto, geralmente se observa um certo grau de perda do seu dinamismo anterior. No caso do alcoólatra crônico que vivenciou sua crise psicótica, lhe resta unicamente os prejuízos hepáticos, cardíacos, renais, vasculares, cerebrais, etc. No nosso entender, isso decorre das diferenças essenciais entre os dois processos de cisão, ainda desconhecidos.

Uma referência extra-pessoal seria ao próprio ambiente histórico, cultural e social do indivíduo.

Os planos de cisão (nuclear, médio e periférico) acima referidos, estão representados na figura 13. Nela se pode observar, que o plano de cisão profundo ou nuclear, afeta mais diretamente o "nucleo" do eu.

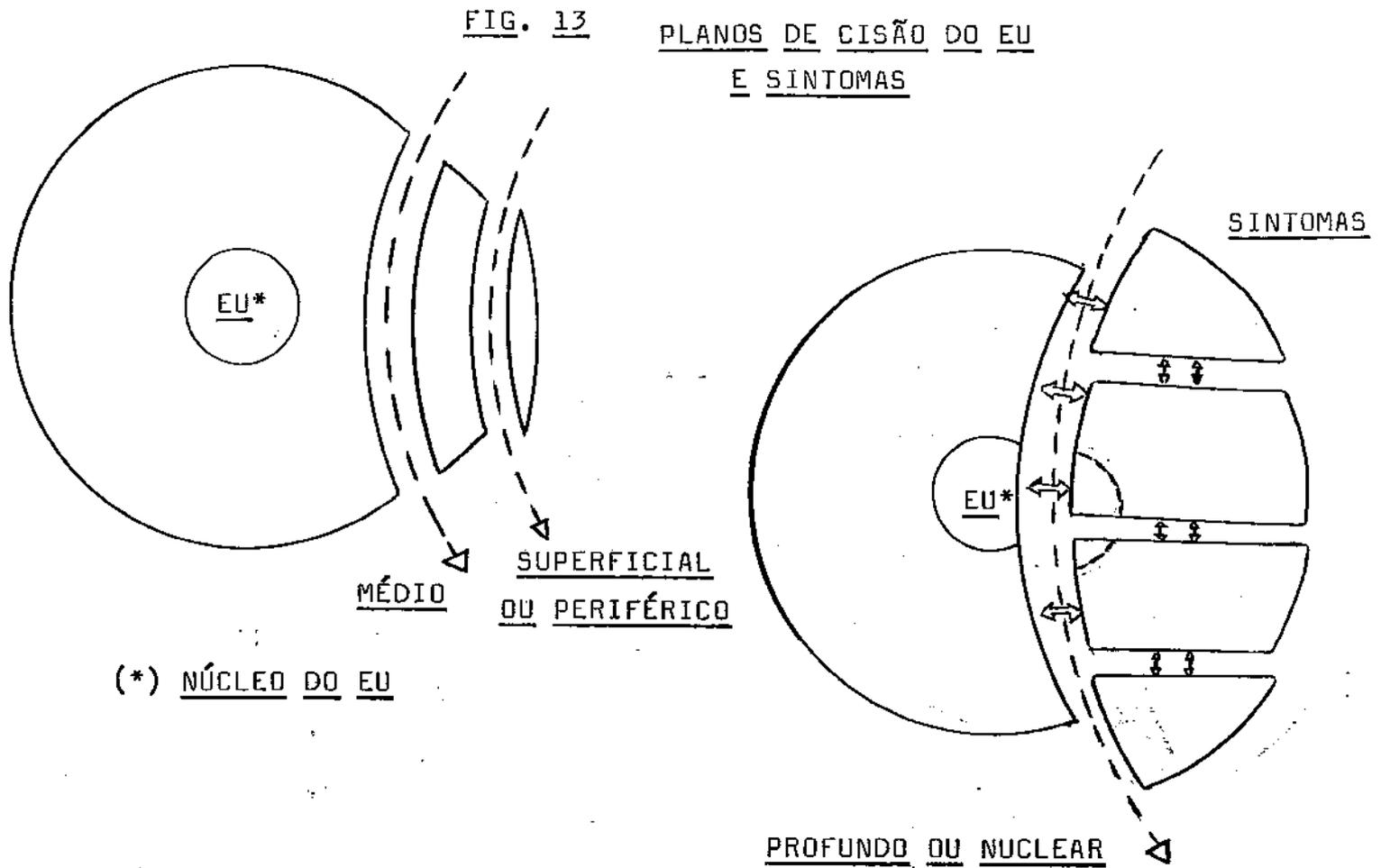


FIGURA 13 - ILUSTRAÇÃO DOS PLANOS DE CISÃO DO EU E DO SURGIMENTO DOS SINTOMAS

Considerando ainda o diagrama 4, observamos que na hebefrenia, sintomas do tipo da percepção delirante e das vozes que acompanham as ações do paciente (sintomas "marginais") têm uma tendência para aumentar, ao passo que, os sintomas do tipo da difusão e subtração do pensamento (sintomas "nucleares"), tendem a

diminuir. Na subforma clínica paranóide dá-se o contrário.

Quanto à remissão dos S.P.O., que é maior com o aumento da idade, ao mesmo tempo em que seu número e variedade diminuem, os do tipo nuclear remitem mais na hebefrenia e menos na subforma clínica paranóide. O contrário se dá com os sintomas do tipo marginais.

O que isso pode significar à luz do nosso modelo? É possível que a natureza de um sintoma seja um, entre outros fatores responsáveis pela sua evolução clínica. Segundo nossos resultados, também a idade (ou o grau de maturidade da personalidade), é importante. É preciso entender também, que um sintoma é uma subestrutura, uma parte do todo, e por consequência posterior a esse todo. Sendo assim, seu sentido tem muito a ver com a estrutura da qual ele nasce. Esta estrutura corresponde não apenas ao que hipoteticamente chamamos de "morbus esquizofrênico", supostamente de natureza somática, e que revela-se na dimensão da personalidade, com sua sintomatologia típica, mas cujas relações com ela ainda não são claras. Lembramos mais uma vez que o psíquico corresponde à um salto qualitativo, e constituindo uma nova "ordem" inclui a ordem anterior (somática), dando-lhe um novo sentido e estruturando-a numa totalidade mais rica e articulada.

Um sintoma do tipo "nuclear", em princípio mais duradouro e estável, expressando um nível de desorganização maior para o equilíbrio da estrutura da personalidade, se ocorrer no início da hebefrenia, quando geralmente o paciente ainda pode manifestar uma boa remissão, remite mais rapidamente no tempo do que quando ocorre na subforma clínica paranóide. O contrário se dá com os sintomas do tipo "marginal", em princípio menos duradouros e estáveis,

expressando um nível de desorganização menor para o equilíbrio da estrutura da personalidade.

Esta aparente contradição pode ser compreendida da seguinte forma: a natureza dos sintomas "marginais" seria a de subestruturas maiores e mais complexas em relação aos sintomas do tipo "nuclear", expresso no seu nível de desorganização menor para o equilíbrio da estrutura da personalidade. Comparando-se isoladamente um com o outro, o sintoma "marginal" regularia com mais eficiência o desvio da estabilidade do padrão de ordem, acarretado à estrutura da personalidade na subforma clínica hebefrênica. Seu número relativamente menor é um fator que o faz persistir nesta circunstância por mais tempo.

Já os sintomas "nucleares", subestruturas menores e menos complexas em relação aos sintomas do tipo "marginal", expresso no seu nível de desorganização maior para o equilíbrio da estrutura da personalidade, cumprem seu papel como reguladores daquele desvio do padrão de ordem, mais pelo aspecto do seu número relativamente maior na fase de evolução da personalidade que corresponde ao surgimento da subforma clínica hebefrênica, do que pela sua natureza. Esse maior número é um fator que encurta a duração do tempo de sua permanência.

O contrário ocorre na subforma clínica paranóide, onde um menor número de sintomas "nucleares" acarreta sua duração maior no tempo. Em relação aos sintomas "marginais", nesta circunstância relativamente em maior número, têm seu tempo de permanência diminuído. Tudo isso pode ser expresso no diagrama 5.

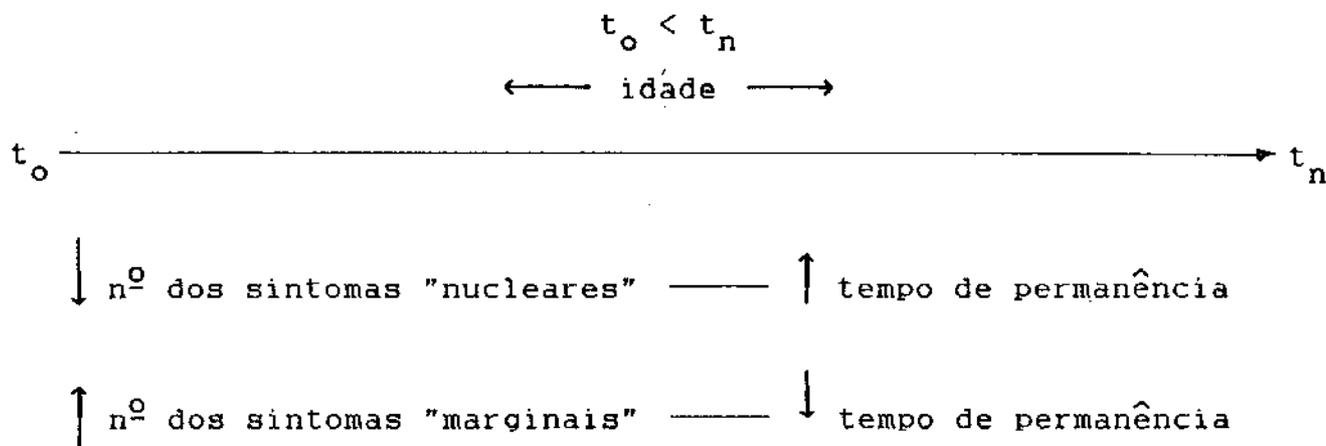


DIAGRAMA 5 - ILUSTRAÇÃO DO COMPORTAMENTO DOS SINTOMAS "MARGINAIS" E "NUCLEARES" QUANTO A SUA DIMENSÃO TEMPORAL

Não se deve esquecer que os sintomas marginais são mais constitutivos dentro da personalidade, ou seja, expressam melhor seus conflitos, conscientes ou não, e também que "marginal" e "nuclear" delimitam um amplo espectro, dentro do qual os S.P.O. de Kurt Schneider ocupam uma determinada faixa, nem muito próxima de um extremo, nem do outro.

Considerando que o modelo sistêmico define a estrutura como uma organização no espaço, e sua função como uma organização no tempo (Capra, 1982), é possível se estabelecer uma correlação temporo-espacial baseada nos resultados do nosso diagrama 5. Nela temos que, sintomas "nucleares", estruturalmente menos complexos e por consequência ocupando um espaço menor, têm um tempo de permanência maior, no meu entender, para que sua função seja mais adequada ao estágio evolutivo em que ocorre o processo regressivo. Assim, com o aumento da idade, e o correspondente nível organizacional mais diferenciado da estrutura da personalidade, ocorrendo o processo regressivo, se os sintomas forem do tipo

"nuclear", seu número que necessariamente tende a diminuir, é compensado por um tempo de permanência maior, para que assim sua função seja adequada ao estágio evolutivo em que ele ocorre. Já com os sintomas do tipo "marginal" ocorre o oposto. Sendo estruturalmente mais complexos, e por consequência ocupando um espaço maior, têm um tempo de permanência menor.

Resumindo, quanto mais diferenciada a estrutura da personalidade, o número relativo dos S.P.O. diminui, mas dependendo da sua natureza em complexidade, sua duração no tempo parece ser inversamente proporcional, ou seja, a um aumento de sua complexidade estrutural e numérica, diminui seu tempo de permanência. Pelo contrário, a uma diminuição de sua complexidade estrutural e numérica, aumenta seu tempo de permanência. Isso reforça a idéia gestaltica, do todo anterior às partes, e por isso mesmo, determinando o seu sentido (princípio de auto-organização).

Quanto aos resultados da aplicação do teste 16PF não foi encontrado nas três subformas clínicas, qualquer característica de personalidade que pudesse estar vinculada aos S.P.O. de Kurt Schneider, seja quanto a sua natureza ou evolução clínica ao longo do tratamento. Parece ser mais importante o grau de maturidade da estrutura da personalidade, que expressa uma totalidade e é, como já foi referido, anterior às partes, sendo estas, os traços específicos da personalidade. Contudo, acreditamos ser possível que certos traços de personalidade sejam até reforçados por aquelas experiências psicóticas (os S.P.O.).

V - CONCLUSÕES

Partindo dos resultados da pesquisa, o modelo estrutural ou sistêmico revelou ser muito útil na análise do comportamento dos S.P.O. ao longo do tratamento. Aquele modelo pode nos fornecer alguns princípios básicos acerca dos sintomas no contexto da situação clínica:

1) Os S.P.O. seriam subestruturas, partes de uma estrutura maior que lhe é anterior e lhe dá sentido, e que ao torná-la numericamente menor, contribui para o incremento da sua ordem ou estabilidade.

2) Os S.P.O. podem ser classificados quanto à sua duração no tempo em:

"Marginais", menos estáveis e de estrutura mais complexa, e
"Nucleares", mais estáveis e de estrutura menos complexa.

3) Quanto mais diferenciada no tempo a estrutura da personalidade:

- a) menor o número e variedade dos S.P.O.;
- b) há um relativo crescimento numérico dos sintomas de tipo "marginal" e um diminuição dos do tipo "nucleares";
- c) o tempo de permanência diminui com o aumento numérico dos sintomas do tipo "marginal", e aumenta com a diminuição numérica dos sintomas do tipo "nuclear". O modelo sistêmico define a estrutura como uma organização no espaço e sua função como organização no tempo.

4) Não parece haver traço específico de personalidade na origem ou desenvolvimento dos S.P.O., mas uma estrutura maior que lhe é anterior.

5) Nosso modelo evolutivo casualista reforça a hipótese dos S.P.O. serem a expressão clínica de um processo, que promoveria

uma "descontinuidade" ou "rutura" da curva biográfica, no sentido atribuído por Kurt Schneider.

VI - RESUMO

Da observação clínica de um grupo constituído por 40 pacientes, 26 mulheres e 14 homens, internados para tratamento em hospitais psiquiátricos da região de Campinas, todos com o diagnóstico de esquizofrenia, (CID -9) distribuídos em três subformas clínicas, hebefrênica, paranóide e parafrênica e cuja faixa etária abrangeu idades entre 19 e 59 anos, foram caracterizados cinco dos oito S.P.O. de Kurt Schneider, os quais foram analisados quanto ao seu comportamento ao longo do tratamento.

Os dados clínicos foram registrados e quantificados através de dois instrumentos, o AMDP (Associação para Metodologia e Documentação em Psiquiatria), questionário com cinco formulários e que corresponde a um exame clínico psiquiátrico completo, e o 16PF (Dezesseis Fatores de Personalidade), questionário com 187 questões e que define um perfil de personalidade para cada paciente.

Os resultados obtidos evidenciaram que, com o aumento da idade e na sequência das subformas clínicas hebefrênica, paranóide e parafrênica, ocorre uma diminuição no número e variedade dos S.P.O. Relativamente há com o aumento da idade um aumento no número de sintomas do tipo "marginal", e uma diminuição no número de sintomas do tipo "nuclear". A remissão dos sintomas "marginais" é maior na subforma clínica paranóide que na hebefrênica, e a dos sintomas "nucleares" maior na subforma clínica hebefrênica que na paranóide. Na subforma clínica parafrênica a remissão é total.

Outro aspecto dos resultados é o de que, em relação ao aumento da idade e nas respectivas subformas clínicas hebefrênica, paranóide e parafrênica, há uma diminuição dos sintomas de tipo "nuclear", parece corresponder uma aumento no seu tempo de

permanência, e inversamente, à um aumento no número dos sintomas de tipo "marginal", parece corresponder uma diminuição do seu tempo de permanência.

Partindo das características formais do eu descritas por Jaspers (1970): o sentimento de atividade, a consciência da unidade, identidade ao longo do tempo e oposição em relação ao exterior, é proposta uma análise daqueles resultados à luz do modelo estrutural ou sistêmico conforme Merleau-Ponty (1975), sobre o qual alguns aspectos essenciais são focalizados:

- 1) o processo de transação, que corresponde a interação simultânea e mutuamente interdependente entre componentes múltiplos;
- 2) a natureza essencialmente dinâmica, embora simultaneamente um determinado padrão de ordem se expresse numa visível regularidade daquela dinâmica;
- 3) elevado grau de flexibilidade e plasticidade internas, o que lhe possibilita adaptar-se a novas circunstâncias;
- 4) funcionamento segundo modelos cíclicos de fluxo de informação, os denominados laços de realimentação ou feedback. Quando ocorre aqui um distúrbio, este será causado por múltiplos fatores que podem ampliar-se reciprocamente através de laços interdependentes de realimentação, sendo geralmente irrelevante saber qual desses fatores foi a causa inicial do distúrbio;
- 5) o princípio de auto-organização, significando que um organismo vivo é um sistema cuja ordem em estrutura e função não é imposta pelo meio ambiente, mas

estabelecida pelo próprio sistema. Apesar de sua interação com o meio ambiente, este não determina sua organização;

- 6) a tendência dos sistemas vivos para formar estruturas de múltiplos níveis, que diferem em sua complexidade, sendo cada nível um sistema integrado e auto-organizado e manifestando ambas as propriedades independentes dos todos e as propriedades dependentes das partes;
- 7) auto-renovação, capacidade dos sistemas vivos de renovar e reciclar continuamente seus componentes, sem deixar de manter a integridade de sua estrutura global;
- 8) auto-transcendência, capacidade do sistema de dirigir criativamente para além das fronteiras físicas e mentais nos processos de aprendizagem, desenvolvimento e evolução;
- 9) os organismos vivos são sistemas abertos (admitem entradas e saídas) e que mantêm uma contínua troca de energia e matéria com seu meio ambiente, processo esse que ocorre dentro de um alto grau de não equilíbrio, possuindo o sistema simultaneamente um alto grau de estabilidade, essencialmente dinâmica, onde se mantém a mesma estrutura global, apesar das mudanças e substituições contínuas de seus componentes;
- 10) capacidade de auto-manutenção, que é a renovação da estrutura sistêmica em ciclos contínuos, com a preservação do padrão geral de ordem do organismo.

Baseado nos resultados, os S.P.O. foram classificados em

dois tipos: sintomas "marginais" (menos duradouros e menos perturbadores do equilíbrio da estrutura da personalidade) e sintomas "nucleares", de características opostas.

Tais sintomas resultariam de um processo de "cisão" da estrutura do eu em "planos", que podem ser denominados de profundo ou nuclear, médio e periférico ou superficial, distribuídos hierarquicamente e se expressando clinicamente no jogo dinâmico entre "figura" e "fundo": o que se destaca como figura é o sintoma que sendo uma parte do todo, lhe é posterior e dele recebe sentido e direção (princípio de auto-organização).

Com o aumento da idade e o conseqüente desenvolvimento da estrutura da personalidade, ocorre uma diminuição no número e variedade dos S.P.O. (princípio de auto-transcendência, e a tendência dos sistemas vivos para formar estruturas de múltiplos níveis). Um sistema evolui e nele se processa uma divisão de trabalho no sentido do melhor desempenho, e se ele regride, produz tipos de sintomas ajustados para cada nível regressivo. No nosso caso, quanto mais desenvolvida a estrutura, eles ocorrem em menor número e variedade.

Ocorre também um aumento relativo de sintomas do tipo "marginal", e diminuição de sintomas do tipo "nuclear". Enquanto o número de sintomas "nucleares" diminui, há uma tendência ao aumento do seu tempo de permanência. Por outro lado, ao aumento do número de sintomas "marginais", há uma tendência para a diminuição do seu tempo de permanência. Esse comportamento parece ser decorrência da natureza do sintoma: a do tipo "marginal" seria a de subestruturas maiores e mais complexas em relação aos sintomas do tipo "nuclear". E também de uma conceituação da estrutura como uma organização no

espaço, e sua função uma organização no tempo.

Por fim, a análise dos resultados da aplicação do teste 16PF não revelou, para as três subformas clínicas, qualquer característica de personalidade que pudesse estar vinculada aos S.P.O., seja quanto a sua natureza ou evolução ao longo do tratamento. Parece ser mais importante o grau de maturidade da estrutura da personalidade, do que propriamente um traço específico.

ABSTRACT

From the clinical observation of a group consisting of 40 patients, 26 women and 14 men aged between 19 and 59, in-patients of psychiatric hospitals in the Campinas region, all diagnosed schizophrenic, distributed in three clinical groups: hebephrenic, paranoid and paraphrenic, five out of eight of Schneider's First Rank Symptoms (S.F.R.S.) were identified and analyzed with respect to their behaviour during the treatment.

Clinical data were collected and quantified by means of the A.M.D.P (Association for Methodology and Documentation in Psychiatry) questionnaire which has five sessions and is equivalent to a full psychiatric examination and the 16PF (Sixteen Personality Factors) questionnaire with 187 questions and which defines a personality profile for each patient.

We observe that with the increase in age of the patient and the corresponding clinical groups (hebephrenic, paranoid and paraphrenic) there is an overall decrease in the number and variety of the S.F.R.S. so that the "marginal" group of symptoms grows numerically, the opposite effect taking place with the "nuclear" group.

Remission of the group of symptoms occurs in the following way: the "marginal" symptoms appear in greater number in the paranoid group and in lesser number in the hebephrenic group. The opposite happens to the "nuclear" symptoms. In the paraphrenic group there is total remission.

Another aspect of the findings is that there appears to be a decrease in the number of "nuclear" symptoms which correspond

to an increase in the length of time and inversely, the increase in the number of "marginal" symptoms corresponds to a decrease in the length of time.

Taking as a basis the formal characteristics of the self as described by Jaspers (1946): the feeling of activity, the consciousness of unity and of identity and the opposition with respect to the outside world. Those findings were analysed following Merleau-Ponty's structural or systemic model (1945).

Some of the main aspects are dealt with as follows:

- 1) the process of transaction which corresponds to the simultaneous and mutually independent interaction between multiple components.
- 2) the essentially dynamic nature, even though a determined pattern of order is simultaneously expressed with visible regularity in the dynamic itself.
- 3) a high degree of internal flexibility and plasticity which makes it possible to adapt to new circumstances.
- 4) the functioning according to the cyclical models of information flux, the so-called feedback. When a disturbance occurs here, it is caused by multiple factors that can be reciprocally amplified by independent feedback, it being irrelevant as to which of these factors was the initial cause of the disturbance.
- 5) the principle of self-organization, signifying that an organism is a system whose structural and functional order is not imposed by the environment but

established by the system itself. In spite of its interaction with the environment, the latter does not determine its organization.

- 6) the tendency of living systems to form structures at multiple levels, which differ in their complexity, each level being an integrated and self-organized system and manifesting both the independent properties of the whole and the dependent properties of the parts.
- 7) self-preservation, which is the capacity of a living system to continually renew and recycle its components, without failing to maintain the integrity of its whole structure.
- 8) self-transcendence, which is the capacity to drive creatively beyond the physical and mental frontiers in the process of learning, development and evolution.
- 9) living organisms are open systems which maintain a continuous in and out exchange of energy and matter with its environment, a process which takes place within a high degree of non-equilibrium, with the system simultaneously possessing a high level of stability, essentially dynamic, where the same whole structure is kept in spite of the continuous changes in its components.
- 10) a capacity for self-maintenance, which is the renovation of the systemic structure in continuous cycles, with the preservation of the general pattern of order of the organism.

Based on the results, the S.F.R.S. were classified in two groups, one with "marginal" symptoms (less lasting and less disturbing to the personality structure) and the other with "nuclear" symptoms with opposite characteristics.

Such symptoms would result from a "splitting" process of the structure of the self into levels that can be called profound or nuclear, medial and superficial, distributed hierarchically and expressed in the dynamic play between "object" and "background": what stands out as an "object" is the symptom which, being part of a whole, is posterior to it and derives from it its sense and direction (principle of self-organization).

With an increase in age, and consequent development of the personality structure, there is a decrease in the number and variety of the S.F.R.S. (principle of self-transcendence and the tendency of living organisms to form multi-levelled structures). A system evolves and in it a division of work is processed with a view to maximum performance and if it regresses, it produces groups of symptoms for each regressive level. In our case, the more developed the structure is, the smaller the number and variety of symptoms.

There is also a relative increase in the "marginal" group of symptoms and a decrease in the "nuclear" symptoms. Whereas the number of "nuclear" symptoms decreases, there is a tendency to increase the length of time. On the other hand, with the increase in "marginal" symptoms, there is a tendency to decrease the length of time. This behaviour seems to be due to the nature of the symptoms: in relation to "nuclear" symptoms, the marginal ones would be of larger and more complex substructures, and, moreover,

due to a conceptualization of the structure as an organization in space and its function as an organization in time.

Finally, the analysis of the findings of the 16PF test carried out did not reveal, for the 3 clinical groups, any personality trait which could be linked to the S.F.R.S., whether regarding the kind of symptom or its evolution during treatment. The degree of maturity of the personality structure seems to be more important than a specific trait.

VII - BIBLIOGRAFIA

- ANDREASEN, N.C. and AKISKAL, H.S. - The Specificity of Bleulerian and Schneiderian symptoms: A Critical Reevaluation. Psychiatr. Clin. North Am., 1 ; 41-63, 1983.
- ARIETI, S. - "Schizophrenia", American Handbook of Psychiatry, vol. I, New York. Basic Books, 1959.
- BERTALANFFY, L.v. - Teoria Geral dos Sistemas. Ed. Vozes Ltda. Petrópolis, 1977.
- BIRNBAUM, K - Psychopathologische Dokumente. Ed. Berlin - Springer, 1920.
- BLEULER, E. - Psiquiatria. Edição revista e atualizada por Manfred Bleuler, 15^a Ed., Guanabara Koogan, 1985.
- BUMKE, O. - Lehrbuch der Geisteskrankheiten. Zweite, Umgearbeitete Auflage. Der Diagnose der Geisteskrankheiten. München Verlag von J.F. Bergmann, 1924.
- CAETANO, D. - Critérios Diagnósticos. J. Bras. Psiq., 38 ; (4), 157-164, 1989.
- CAPRA, F. - O Ponto de Mutação. Ed. Cultrix, SP, 1982.
- CARPENTER Jr., W.T.; STRAUSS, J.S. and SALVATORE, M. - Are there Pathognomonic Symptoms in Schizophrenia? - An Empiric Investigation of Schneider's First Rank Symptoms. Arch. Gen. Psychiatry, 28 ; (6), 847-852, 1973.
- CARPENTER Jr., W.T. and STRAUSS, J.S. - Cross-cultural Evaluation of Schneider's First Rank Symptoms of Schizophrenia: A Report from the International Pilot Study of Schizophrenia. Am. J.

Psychiatry, 131 ; (6), 682-687, 1974.

CATTELL, R. B., EBER, H.W. - 16PF (Questionário Dezesesseis Fatores de Personalidade). Manual de Psicologia Aplicada. Tradução e adaptação de Eugênia Moraes de Andrade e Dulce de Godoy Alves. Centro Editor de Psicologia Aplicada, RJ, Brasil.

CHANDRASENA, R. and RODRIGO, A. - Schneider's First Rank Symptoms: The Prevalence and Diagnostic Implications in an Asian Population. Br. J. Psychiatry, 135 ; 348-351, 1979.

CHANDRASENA, R. - Schneider's First Rank Symptoms: An International and Interethnic Comparative Study. Acta Psychiatr. Scand., 76 ; 574-578, 1987.

CONRAD, K. - La Esquizofrenia Incipiente. Ed. Alhambra S.A., Madrid, Mexico, 1963.

COUTINHO, A.B. - Da Natureza da Vida. Ed. Universitária UFPe, Recife, 1985.

DAS AMDP SYSTEM - Manual zur Dokumentation Psychiatrischer Befunde. Dritte, Korrigierte und Erweiterte Auflage. Ed. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1978.

DELGADO, H. - Curso de Psiquiatria. Psicopatologia. Psiquiatria Especial, 5^a Ed. (Revisada y Actualizada). Editorial Científico-Médica, Barcelona; Madrid; Lisboa; Rio de Janeiro; 1969.

EWALD, G. - Neurologie und Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Fünfte Vermehrte und Verbesserte Auflage. Urban & Schwarzenberg; München; Berlin; 1964.

- EY, H.; BERNARD, P.; BRISSET, C. - Manual de Psiquiatria. Ed. Masson, 1981.
- FERNANDEZ, F.A. - Fundamentos de la Psiquiatria Actual. Terceira edicion. Renovada y Actualizada, Ed. Paz Montalvo, 1977.
- FOUCAULT, M. - Doença Mental e Psicologia. Ed. Tempo Brasileiro Ltda., RS, 1975.
- FREUD, S. - Inhibicion, Sintoma y Angustia. (1925-1926). Obras Completas. Tomo III. Ed. Biblioteca Nueva Madrid, Quarta Edicion, 1981.
- FROTA-PESSOA, O. - Genética da Esquizofrenia. J. Bras. Psiq., 38 ; (4), 184-193, 1989.
- GILES, T.R. - Crítica Fenomenológica da Psicologia Experimental em Merleau-Ponty. Ed. Vozes Ltda., Petrópolis, 1977.
- GROSS, M.; SLATER, F.; ROTH, M. - Psiquiatria Clínica. Tomo I. Ed. Mestre Jou, SP, 1972.
- HUBER, G. - Das Wahnproblem (1939-1945) Fortsch. Neurol. Psychiat. 23 ; 6-58, 1955.
- HUBER, G. - Psychiatrie. Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte. F.K. Schattauer Verlag, Stuttgart, New York, 1974.
- HÜBNER, C.v.K. - Aspectos Somáticos da Esquizofrenia. J. Bras. Psiq., 38 ; (4), 194-200, 1989.
- JANZARIK, W. - Schizophrene Verläufe. Eine Strukturdynamische Interpretation. Springer-Verlag. Berlin; Heidelberg; New York;

1968.

JASPERS, K. - Psicopatologia General. Quarta Edicion. Ed. Beta, Buenos Aires, 1970.

JASPERS, K. - Introdução ao Pensamento Filosófico. Ed. Cultrix, SP, 1971.

JASPERS, K. - Escritos Psicopatológicos. Gredos, Madrid, 1977.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. - Compêndio de Psiquiatria Dinâmica. 4^a edição. Ed. Artes Médicas, 1988.

KOEHLER, K.G. and STEIGERWALD, F. - Consistency of Kurt Schneider Oriented Diagnosis over 40 years. Arch. Gen. Psychiatry, 34 ; 51-55, 1977 a.

KOEHLER, K.G.; GUTH, W. and GRIMM, G.. - First-Rank Symptoms of Schizophrenia in Schneider-Oriented German Centers. Arch. Gen. Psychiatry, 34 ; 810-813, 1977 b.

KRAEPELIN, E. - Einführung in die Psychiatrische Klinik. Zweiunddreissig Vorlesungen. Zweite, Durchgearbeitete Auflage. Leipzig Verlag von Johann Ambrosius Barth, 1905.

LURIA, A.R. - Curso de Psicologia Geral. Vol. I. Introdução Evolucionista à Psicologia. Ed. Civilização Brasileira, 1979.

MAJ, M. - Evolution of the American Concept of Schizoaffective Psychosis. Neuropsychobiology, 11 ; 7-13, 1984.

MATUSSEK, P. - Untersuchungen über die Wahrnehmung. I. Mitteilung. Veränderungen der Wahrnehmungswelt bei Beginnenden.

- Primären Wahn. Arch. Psychiatr. und Zeitschr. Neurol., 189 ;
279-319, 1952 a.
- MATUSSEK, P. - 10 - Untersuchungen über die Wahrnehmung.
2. Mitteilung: Die auf einem Abnormen Vorrang von Wesens-
eigenschaften Beruhenden Eigentümlichkeiten der Wahrnehmung.
Schweizer Arch. Neurol. Psychiatr. 189-210, 1952 b.
- MELLOR, C.S. - First Rank Symptoms of Schizophrenia.
I - The frequency in schizophrenics on admission to hospital.
II - Differences between individual First Rank Symptoms.
Br. J. Psychiat. 117 ; (536), 15-23, 1970.
- MENNINGER, K. - The psychological aspects of the organism under
stress. General Systems. 2 ; 142-172, 1963.
- MERLEAU-PONTY, M. - A Estrutura do Comportamento. Ed. Interlivros,
Belo Horizonte, MG, 1975.
- MONOD, J. - O Acaso e a Necessidade. Ed. Vozes, Petrópolis, 1971.
- NOBRE DE MELO, A.L. - Psiquiatria, Psicologia Geral e Psicopatologia. Vol. 1, 3^a ed., Guanabara Koogan, 1980.
- NOBRE DE MELO, A.L. - Psiquiatria Clínica. Aplicações Psiquiátrico-Legais. Vol. 2, 3^a ed., Guanabara Koogan, 1980.
- REZENDE, A.M. - Le Point de Départ dans la Philosophie de Merleau-Ponty. Revue Philosophique de Louvain, 73 ; 451-480, 1975.
- SCHNEIDER, K. - Primäre und Secundäre Symptome bei der Schizophrenie. Fortschr. Neur. Psychiatr., 9 ; 487-490, 1957.

- SCHNEIDER, K. - Klinische Psychopathologie. Zehnte Unveränderte Auflage. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1973.
- SCHULTE, W.; TÖLLE, R. - Manual de Psiquiatria. E.P.U. Editora Pedagógica e Universitária Ltda. Editora Springer Ltda, SP, 1980.
- SILVEIRA, A. - Esquizofrenia e psicoses degenerativas de Kleist: patogenia e psicopatologia diferenciais. Arq. Neuropsiq., 17; (2), 143-162, 1959.
- SOURCEY, E.B. - Sintomas de Primeira Ordem de Kurt Schneider e o Diagnóstico de Esquizofrenia. Rev. Bras. de Saúde Mental, 2 (2 e 3), 15-18, 1988.
- VILELA, W.A. - Contribuição ao estudo da linguagem na esquizofrenia: a propósito de um novo sintoma de primeira ordem no sentido de Kurt Schneider. Neurobiol. Recife, 50; (4), 245-266, 1987.
- WEITBRECHT, H.J. - Manual de Psiquiatria. Ed. Gredos, Madrid, 1978.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report of the international pilot study of schizophrenia. Vol I. Results of the initial evaluation phase. Geneva: WHO; 1976.
- WYRSCH, J. - La persona del esquizofrenico. Ediciones Morata, Madrid, 1955.