



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL**

**GUILHERME BENTO LAGO DE QUEIROZ**

***Em busca de um novo bizarro: contribuições psicopatológicas  
clássicas e actuais para o diagnóstico de esquizofrenia***

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:  
PROFESSOR DOUTOR JOSÉ LUÍS PIO ABREU

MARÇO/2017

# Índice

Índice de abreviaturas .....	4
Resumo .....	5
Abstract .....	6
1. Introdução .....	8
2. Material e Métodos .....	10
3. O delírio bizarro do DSM I ao DSM-IV .....	11
3.1 DSM (I).....	11
3.2 DSM-II.....	13
3.3 DSM-III e III-R: um novo início .....	14
3.3.1 Critérios de Bizarria no DSM-III .....	17
3.3.2 Critérios de Bizarria no DSM-III-R .....	19
3.4 DSM-IV e IV-TR: bizarria e cultura .....	20
4. Bizarria na psicopatologia clássica: Jaspers, Schneider e outras contribuições .....	22
4.1 Karl Jaspers – Psicopatologia Geral.....	22
4.1.1 Revisão do conceito de Delírios Primários de Jaspers .....	23
4.1.2 O significado do mundo na vivência delirante primária.....	24
4.2 Kurt Schneider e os sintomas de primeira ordem .....	26
5. Psicopatologia do delírio – uma crítica à definição operacional do DSM .....	31
5.1 Os três critérios: certeza inabalável, incorrigibilidade, impossibilidade.....	31
5.1.1 Certeza inabalável: .....	31
5.1.2 Incorrigibilidade .....	32
5.1.3 Impossibilidade .....	34
5.2 Incompreensibilidade.....	36
5.2.1 Incompreensibilidade como fractura.....	36
5.2.2. Compreensibilidade Genética e Estática .....	38
5.2.3 Compreensibilidade e Transcendência.....	39
5.2.4 Críticas à Incompreensibilidade .....	41
5.2.5 Pontos a reter na Incompreensibilidade.....	41
6. Novas contribuições ao conceito de bizarro: Perturbações do <i>Self</i> .....	44
6.1 Revisão do conceito de <i>self</i> e suas perturbações .....	44
6.2 Manifestações das Perturbações do <i>Self</i> Mínimo .....	46
6.2.1 Hiper reflexividade.....	46
6.2.2 Diminuição da presença do <i>Eu</i> ( <i>self</i> -presence / <i>self</i> -affection) .....	47

6.2.3	Saliência Aberrante ( <i>Disturbed grip</i> ) .....	48
6.3	Perturbações do <i>Self</i> e Humor Delirante.....	50
7.	Novas ferramentas para a compreensão do delírio bizarro.....	52
7.1	EASE – <i>Examination of Anomalous Self Experiences</i> .....	52
7.2	EASE, <i>High Risk</i> e Delírios Primários.....	53
7.3	<i>Self</i> e percepção nas novas abordagens ao diagnóstico de esquizofrenia .....	56
8.	Conclusão.....	58
9.	Agradecimentos.....	61
10.	Referências Bibliográficas.....	62
ANEXO 1	.....	67
Normas editoriais da publicação <i>Schizophrenia Bulletin</i> :	.....	67
Abstract:	.....	67
Texto original	.....	67

*“we find that prodigious postulate, which no medicine has yet dared formulate: that madness, after all, was only madness.”*

Michel Foucault

## **Índice de abreviaturas**

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EASE – Examination of Anomalous Self Experience

APA – American Psychiatric Association

BSABS - Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen

HR – High Risk

UHR – Ultra-High Risk

IRR – Inter-Rater Reliability

EAWWE – Examination of Anomalous World Experience

## Resumo

Desde o DSM-III que o diagnóstico de esquizofrenia foi marcado pela presença de delírios bizarros, critério especial nos manuais de diagnóstico. Com a publicação do DSM-5 em 2013 eliminou-se este critério especial de bizarria, abandonando o conceito de um delírio específico da esquizofrenia. Ao longo dos manuais diagnósticos a ideia de um delírio bizarro constituía um complemento fenomenológico do diagnóstico. Apesar de a sua descrição ter sofrido várias alterações de edição para edição, a definição do delírio centrava-se numa ideia de irreduzibilidade psicológica, com foco exclusivo no conteúdo dos delírios e na sua inadaptabilidade cultural.

Neste artigo propõe-se uma revisão do conceito de delírio aplicado à esquizofrenia, procurando uma nova definição de bizarro. Nas obras clássicas “Psicopatologia Geral” de Karl Jaspers, e “Psicopatologia Clínica” de Kurt Schneider, o conceito de delírio primário e de percepção delirante defendem uma alteração na forma da experiência. Consequentemente, os delírios bizarros tais como descritos nos DSM seriam considerados delírios secundários, apenas dependentes do conteúdo do delírio. Numa revisão dos critérios clássicos de delírio, a incompreensibilidade apresenta-se como único conceito específico do delírio esquizofrénico. Tanto como fractura do desenvolvimento individual, como alteração da sua capacidade de transcender para outro sistema de referencial, a incompreensibilidade torna a experiência inconcebível a um observador saudável.

Contribuições psicopatológicas recentes apresentam as perturbações do *self* como possível sintoma nuclear da esquizofrenia, desconstruindo a incompreensibilidade do fenómeno delirante primário e apresentando um critério fiável que consiga substituir o de delírios bizarros no diagnóstico de esquizofrenia. Estudos utilizando a escala EASE apontam para uma correlação entre as experiências anómalas de *self* e a esquizofrenia, constituindo uma melhoria da abordagem diagnóstica, nomeadamente na avaliação prognóstica em doentes *High Risk* e

*Ultra High-Risk*, Este tipo de abordagens psicopatológicas assumem-se como complementos úteis para o DSM-5, ajudando a definir um novo conceito de delírio bizarro como fenómeno específico de esquizofrenia.

Palavras chave: *delírio; esquizofrenia; psicopatologia, fenomenologia, self*

## **Abstract**

Since DSM-III, the diagnosis of schizophrenia has been marked by the presence of bizarre delusions, considered as special criteria in diagnostic manuals. The publication of DSM-5 in 2013 eliminated this special criteria of bizarreness, abandoning the concept of a specific schizophrenic delusion. Along the history of DSM, the concept of bizarre delusion was a phenomenological complement for the diagnosis. Even though its descriptions suffered multiple alterations from one edition to the other, the definition of ‘bizarre’ was centred in an idea of psychological irreducibility, with an exclusive focus on the delusional content and on its cultural inadaptability.

In this article we propose a revision on the concept of delusion as applied to schizophrenia, searching for a new definition of ‘bizarre’. Karl Jaspers’s ‘General Psychopathology’, and Kurt Schneider’s ‘Clinical Psychopathology’, both classics on psychopathology, present descriptions of primary delusions and delusional perceptions that defend a disorder of the form of the experience. Consequently, bizarre delusions as presented in DSM would be considered secondary delusions, only dependent on the delusional content. A revision of the classical criteria for delusions suggests incomprehensibility as the only concept specific to schizophrenic delusion. Both as a fracture of individual development and as an alteration on the subject’s ability to transcend into a different referential system, incomprehensibility makes the experience inconceivable to the healthy observer.

Recent psychopathologic contributions present self-disorders as the possible core symptom in schizophrenia, deconstructing the incomprehensibility of the primary delusions and presenting reliable criteria that can replace the one of bizarre delusions in the diagnosis of schizophrenia. Studies using the EASE interview propose a correlation between anomalous self-experiences and schizophrenia, improving diagnosis, and especially in the evaluation of high risk and ultra-high risk individuals. This kind of psychopathological approaches present themselves as useful complements to DSM-5, helping to define a new concept of bizarre delusions as a specific phenomenon of schizophrenia.

Keywords: *delusion; schizophrenia; psychopathology; phenomenology; self*

## 1. Introdução

O carácter bizarro dos delírios está inscrito na história da psicopatologia quer nos DSM (Diagnostic and Statistical Manual), onde surge associado aos nos critérios de primeira ordem encontrados *Psicopatologia Clínica* de Kurt Schneider <sup>[1]</sup>, quer nas descrições do delírio primário na *Psicopatologia Geral* <sup>[2]</sup> de Karl Jaspers. Desde a sua concepção que o “bizarro”, em especial na sua aplicação ao delírio primário, assume aspectos tão variados como (1) perturbações da forma do pensamento (2) perturbações na subjectividade do doente na sua própria experiência delirante e (3) para alguns considerado como o cerne da esquizofrenia.

Contudo, com a publicação do DSM-5 <sup>[3]</sup> em 2013, a nosologia actual parece negligenciar a importância e o significado desta característica. Face ao DSM-IV-TR <sup>[4]</sup>, o DSM-5 refere que nas perturbações do *Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos*: "*Foram feitas duas modificações no Critério A para esquizofrenia: 1) a eliminação da atribuição especial a delírios bizarros e alucinações auditivas de primeira linha de Schneider [...]*". Mais tarde, no mesmo parágrafo, consolida a remoção da especificidade do “bizarro” no diagnóstico de esquizofrenia: "*O Critério A para a perturbação delirante não apresenta mais a exigência de que os delírios sejam não bizarros;*"

A Associação Americana de Psiquiatria (APA) coloca deste modo um ponto final num processo de progressiva eliminação da análise fenomenológica no diagnóstico da esquizofrenia, reflectida até então no carácter bizarro dos delírios e nos critérios de primeira ordem de Schneider. Ao mesmo tempo, estudos recentes em psicopatologia exploram as potencialidades diagnósticas das alterações da subjectividade na esquizofrenia, em linha com o conceito de delírio bizarro. Incluem-se nestes o modelo de perturbação do *self* básico / mínimo <sup>[5]</sup>, que se assume como um traço fenotípico desta condição.

Estudos clínicos utilizando a escala *EASE - Examination of Anomalous Self Experience* [6] sugerem uma nova forma de compreensão do fenómeno esquizofrénico e dos seus delírios. Esta perturbação do *self* básico parece ter relação com a formação do delírio primário na esquizofrenia, tal como desenvolvido classicamente, nomeadamente com a sua incompreensibilidade e carácter bizarro. Podem assim constituir-se novas ferramentas, complementares aos critérios diagnósticos actuais, integrando descrições clássicas de fenómenos na esquizofrenia com conceptualizações em fenomenologia recentes, consubstanciados por estudos empíricos e translacionais.

Este trabalho pretende responder a 3 questões. Em primeiro lugar como evoluiu o conceito de delírio bizarro no DSM ao longo de todas as suas edições e revisões. Em segundo, que ponte é possível estabelecer entre o conceito de delírio bizarro operacionalizado nos vários DSM, e os delírios descritos por Karl Jaspers em “*Psicopatologia Geral*” e por Kurt Schneider em “*Psicopatologia Clínica*”. A primeira obra foi escolhida como base clássica da psicopatologia, apresentando descrições de delírio adoptadas pelos DSM (em especial no DSM-IV e IV-TR), e a segunda por constituir a obra de suporte dos critérios de primeira ordem de Schneider. Por último, como pode a teoria da perturbação do *self* contribuir para uma nova compreensão dos delírios bizarros da esquizofrenia.

## 2. Material e Métodos

O presente trabalho é revisão selectiva da bibliografia: (1) online Pubmed, ResearchGate e Academia.edu e (2) no acervo bibliográfico da Universidade de Coimbra. A pesquisa online foi realizada com base nas palavras-chave *schizophrenia*, *self*, *ipseity*, *bizarre delusions*, *incomprehensibility*, *first rank symptoms*, *EASE*, *high risk*. Não houve limitação de ano de publicação. Os idiomas da pesquisa bibliográfica foram limitados ao Português, Inglês, Francês e Espanhol. Todas as traduções para português são da responsabilidade do autor, exceptuando a da fonte “*Psicopatologia Geral*” de Karl Jaspers [2].

A pesquisa física incluiu (1) a leitura do capítulo dedicado à esquizofrenia do DSM, DSM-II, DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR e DSM-5, assim como o seu Glossário de Termos Técnicos e a outra qualquer menção das palavras-chave “*esquizofrenia*”, “*delírio*” e “*bizarro*” e (2) a leitura do volume I da “*Psicopatologia Geral*” de Karl Jaspers (tradução portuguesa), e da “*Psicopatologia Clínica*” de Kurt Schneider (tradução espanhola).

A organização do trabalho segue as normas editoriais da revista *Schizophrenia Bulletin*, revista bimensal publicada pela *Oxford University Press*. A revista tem actualmente um factor de impacto de 7.757. As normas editoriais encontram-se no Anexo 1.

### 3. O delírio bizarro do DSM I ao DSM-IV

#### 3.1 DSM (I)

O conceito de bizarro surge ligado ao diagnóstico de esquizofrenia desde o início da história do DSM. Quando em 1952 a APA publicava a primeira edição do manual <sup>[7]</sup>, a esquizofrenia ocupava, com as reacções afectivas e paranóides, o grupo das “*Patologias Psicogénicas ou sem alteração física ou estrutural claramente definida*”.

As três condições deste grupo dizem-se “*reacções*”, reflectindo a influência da visão psicobiológica de Adolf Meyer <sup>[8,9]</sup>, em que as perturbações mentais representavam reacções da personalidade a factores psicológicos, sociais e biológicos e não entidades próprias e independentes. Na origem do DSM não existiam critérios diagnósticos definidos, pelo que se tornou importante encontrar padrões estatisticamente fiáveis e válidos de critérios que unificassem as várias perturbações psiquiátricas. Neste manual as perturbações são catalogadas e suborganizadas, com curtas descrições que ajudam a reconhecer a condição, e, encaixando-a nesta categoria estatística, a diagnosticá-la.

Na descrição da esquizofrenia é possível encontrar já uma divisão em subtipos: simples, catatónico, hebefrénico, paranóide, aguda indiferenciada, crónica indiferenciada, do tipo esquizo-afectiva, infantil e residual. Muitas destas categorias partem de conceitos anteriores como o de *Hebefrenia* de Hecker <sup>[10]</sup>, *Catatonia* de Kahlbaum <sup>[11]</sup>, *Demência Paranóide* de Morel <sup>[12]</sup> e *Demência Precoce* de Kraepelin <sup>[13]</sup>. Todos estes elementos se conjugam para montar a estrutura básica de um denominador comum com várias faces, que caracterizaria o diagnóstico da esquizofrenia até à publicação do DSM-5 <sup>[3]</sup>. É precisamente neste denominador comum que se encontra, pela primeira vez, a referência ao conceito de bizarro, no breve resumo da condição de reacções esquizofrénicas:

“ *[são] caracterizadas por perturbações fundamentais nas relações de realidade e formações de conceito, com perturbações afectivos, comportamentais e intelectuais*

*associados, marcados por uma propensão para se removerem da realidade, por tendências regressivas, por comportamento bizarro, por perturbações no fluxo de pensamento e pela formação de delírios e alucinações;*” [7]

O DSM continua discorrendo sobre vários outros subtipos de esquizofrenia sem alusão ao conceito de bizarro. Ainda que não explicitado, é possível ainda encontrar muitas características nas descrições de alguns dos subtipos que mais tarde se associarão a alguns dos conceitos sintomáticos deste bizarro. A característica mais proeminente estará ao nível de uma transformação do comportamento e pensamento. No tipo hebefrénico, ou desorganizado, descreve-se um comportamento que, ainda que não caracterizado de bizarro, nos aparece como “tonto” (*silly*), e com referências a delírios e alucinações. No tipo paranóide, este comportamento é “*imprevisível, com uma atitude constante de franca hostilidade e agressividade*”. No tipo esquizo-afectivo, refere-se explicitamente o “*comportamento bizarro*” e o “*pensamento tipo-esquizofrénico*”, que acompanham os sintomas afectivos desta condição. A reacção esquizofrénica é descrita como manifestando uma “*fragmentação bizarra e deterioração*” que as distingue das demais patologias, nomeadamente do “*estado paranóico*”. [7]

Faz-se também referência a uma vivência “*irrealista*”, mencionada no tipo paranóide. Uma fuga da realidade que pode ser encontrada mais à frente nos “*estados de medo ou de sonho*” descritos no tipo agudo da esquizofrenia (distinto dos demais pelo critério temporal).

Outro aspecto que toma particular relevância será o conteúdo do pensamento. No tipo paranóide menciona-se um “*conteúdo mental composto acima de tudo por delírios de perseguição e/ou grandiosidade, ideias de referência, e habitualmente por alucinações (...)* Pode observar-se um sistema de delírios expansivos de onipotência, génio ou habilidades especiais”. As “*ideias de referência*” surgem descritas uma vez mais no tipo agudo de esquizofrenia.

Por fim, este delírio esquizofrénico isola o indivíduo, numa remoção que se encontra referida no tipo simples, “*caracterizado acima de tudo por uma redução das ligações externas e interesses*”, assim como por um empobrecimento das relações humanas. Um isolamento que, no tipo paranóide se descreve como “*pensamento autista*”.

O primeiro DSM inicia a abordagem à esquizofrenia com 4 aspectos particulares: (1) coloca a esquizofrenia num conjunto de perturbações díspar das do actual DSM-5 <sup>[3]</sup>; (2) incluía-a num conceito de reacção; (3) propõe pela primeira vez identificar padrões estatisticamente verificáveis, fiáveis e válidos capazes de permitir uma comunicação e classificação científica; (4) O conceito de bizarro aparece quer explicitamente na definição e numa categoria de esquizofrenia quer implicitamente associado, à perturbação do comportamento, a uma vivência irrealista, ao conteúdo do delírio e a uma remoção autista. Pode ainda tomar-se as menções a delírios, alucinações e fenómenos de desrealização descritas neste manual como alusivas a este conceito. Parece assim válido assumir que estes vários sintomas que aqui caracterizam a esquizofrenia possam ter como denominador comum uma perturbação em tudo semelhante àquela considerada mais tarde como critério de bizarria.

### **3.2 DSM-II**

Na segunda versão do DSM <sup>[14]</sup>, publicada em 1968, começa por verificar-se um apagamento da palavra “bizarro”, mencionada primeiro noutra contexto, para descrever circunstâncias em desvios sexuais como “*necrofilia, pedofilia, sadismo sexual e fetichismo*”. No que toca a esquizofrenia, é referida uma única vez, na definição geral da patologia: “*o comportamento pode ser reclusivo, regressivo e bizarro.*”

Uma leitura mais aprofundada leva contudo ao encontro de muitas das ideias associadas à bizarria, tal como conceptualizada no DSM. As alterações do comportamento mantêm-se, para além das descritas acima, com um “*comportamento tonto*” no tipo hebefrénico. A

irrealidade é referida como “*dissociação tipo sonho*” no tipo agudo, e o conteúdo dos pensamentos ganha novamente relevância, com menção às ideias de referência no tipo agudo e a “*delírios e alucinações, frequentemente de autoprotecção*” na definição geral.

O DSM-II inclui no entanto uma novidade na abordagem ao delírio da esquizofrenia. Na definição geral estes encontram-se descritos como uma “*alteração da formação de conceitos que pode levar a uma interpretação errónea da realidade e por vezes a delírios e alucinações*”. Esta interpretação errónea surge como paralelo claro à referência a delírio como juízo erróneo em Jaspers <sup>[2]</sup>. Destaca-se assim a ideia de uma alteração intimamente ligada à formação de conceitos/significados, subjacente à criação do delírio. Faz-se também referência à “*perda de empatia com outros*”, relacionada com o conceito de incompreensibilidade patente na mesma obra <sup>[2]</sup>. Verifica-se uma clara preocupação com o fenómeno, além de uma simples abordagem externa ao doente.

De facto, o delírio esquizofrénico assume uma diferenciação entre os três tipos de delírios das Perturbações Afectivas Major, da Paranóia e da Esquizofrenia. Enquanto o primeiro será “*dominado por uma perturbação do humor*” e o segundo caracterizado pelo seu conteúdo “*habitualmente persecutório ou grandioso*”, o da Esquizofrenia é “*atribuído primariamente a uma perturbação do pensamento*”. O delírio esquizofrénico apresenta-se numa forma diferente dos restantes, traduzindo já uma irredutibilidade psicológica e incompreensibilidade própria.

### **3.3 DSM-III e III-R: um novo início**

Em 1980 a APA quebraria, com o DSM-III, <sup>[9]</sup> grande parte do modelo que assumia como seu manual. O livro apresenta várias novidades, muitas das quais importantes para o decorrer desta exploração do bizarro. No DSM-II havia-se alterado já a nomenclatura de *Reacção Esquizofrénica* para *Esquizofrenia* <sup>[14]</sup>. Com o DSM-III, as perturbações mentais passam a ser uma entidade própria, substituindo o conceito de indivíduos esquizofrénicos por indivíduos com esquizofrenia. A psiquiatria deixa de ser um modo anómalo de reacção para ser, tal como

as outras especialidades médicas, uma disciplina que analisa uma entidade patológica que contrasta com uma estrutura normativa de saúde.<sup>[15]</sup>

A estrutura do DSM-III assume à partida uma posição atórica em que, por assumido desconhecimento (muito do qual se prolonga até aos dias de hoje), recusa referir teorias etiológicas. O novo manual nasce numa tentativa de descrever compreensivelmente as manifestações das perturbações mentais. Raramente tenta relatar o modo como aparecem as patologias, exceptuando casos em que o mecanismo é incluído na definição da perturbação.

Esta abordagem pode dizer-se *descritiva*, já que as definições das perturbações consistem em descrições das suas características clínicas, com o menor nível de inferência necessária. Inicia-se assim um trabalho muito mais detalhado do significado dos termos utilizados, nos quais figura pela primeira vez uma definição de *delírio* e *bizarria*, como presente no Glossário de Termos Técnicos do DSM-III:

*“Delírio. Uma crença pessoal falsa ou juízo incorrecto sobre a realidade externa, firmemente sustentada apesar do que quase todos acreditam e apesar daquilo que constitui prova ou evidência incontornável e óbvia do contrário. A crença não é normalmente aceite por outros elementos da cultura ou subcultura onde o indivíduo se insere (i.e. este não é um tópico de fé religiosa). Quando uma crença falsa envolve um juízo extremado, é considerada como delírio apenas quando o juízo é tão extremo que **desafie a credibilidade**. Exemplo: Se alguém alega ser terrível e ter desapontado a família, tal não é geralmente considerado como delírio mesmo que uma avaliação objectiva da situação leve os observadores a concluírem o contrário; mas se alguém alega ser o pior pecador do mundo, tal pode ser geralmente considerado uma convicção delirante. Do mesmo modo, se um indivíduo tido pela maioria das pessoas como moderadamente magro viesse afirmar que é gordo não seria considerado*

*delirante; no entanto um indivíduo com anorexia nervosa que no ponto de extrema emaciação insista que é gordo pode ser correctamente considerado delirante.*

*Um delírio deve ser distinguido de uma alucinação, que é uma percepção sensorial falsa (ainda que uma alucinação possa dar origem ao delírio de que a percepção é verdadeira). Um delírio pode ser distinguido também de uma ideia sobrevalorizada, em que uma crença irracional não é tão firmemente defendida como acontece com um delírio.” [9,16]*

O delírio como entidade geral apresenta desde logo a característica de juízo erróneo, que o diferenciava, nos anteriores DSM, das Perturbações Afectivas e da Paranóia. Este é um juízo defendido com uma certeza inabalável, e que desafia a credibilidade. O delírio implica não uma incompreensibilidade, mas uma aceitação, necessitando de um segundo elemento que, ao rejeitá-lo como “seu”, o valide. O fenómeno deixa de pertencer ao doente, para passar a depender também do juízo da comunidade em que se insere e do olhar clínico. O delírio passa a assumir-se como sintoma, e como tal observável, objectivável e fiável.

A partir desta definição geral do delírio, redefine-se aquele que especifica a esquizofrenia como Delírio Bizarro. Aquilo que distingue o bizarro dos restantes delírios passa a ser o absurdo e impossível.

*“Delírio, bizarro. Uma crença falsa cujo conteúdo é patentemente absurdo e não tem qualquer base possível em factos. Exemplo: Um homem acreditava que, quando lhe tinham sido removidos os adenóides na infância, teria sido colocada uma caixa na sua cabeça, de modo a que ouvisse na sua cabeça a vez do governador.” [9]*

Aquando da revisão no DSM-III – R, a definição de Delírio mantém-se, mas a de Delírio Bizarro sofre modificações. Ainda que mantendo o exemplo do paciente a quem lhe tinham sido removidos os adenóides, o *delírio bizarro* aproxima-se de uma das frases definidoras de delírio (simples) e passa a descrever-se como:

*“Uma crença falsa que envolve um fenómeno cuja cultura do individuo consideraria totalmente implausível.”* [16]

Além de uma renovada definição de delírio bizarro, o DSM-III-R inclui uma nova definição: a de delírios não bizarros, como parte dos critérios diagnósticos de Perturbação Paranóide. Implicada nesta definição, é acrescentada às características dos delírios bizarros a não derivação de situações quotidianas, estando o foco essencial no conteúdo do delírio.

*“Delírio(s) Não Bizarro(s) (i.e., envolvendo situações que ocorram na vida real, tais como ser perseguido, envenenado, infectado, amado à distância, sofrer de uma doença, ser traído pelo cônjuge ou amante)”* [16]

### **3.3.1 Critérios de Bizarria no DSM-III**

As descrições presentes no Glossário de Termos Técnicos ajudam a definir, de acordo com a abordagem assumidamente descritiva, os termos incluídos naquele que é o traço mais distintivo do DSM-III: a introdução de critérios diagnósticos específicos que visam aumentar a fiabilidade diagnóstica intersubjectiva.

É como Critério A para o diagnóstico de esquizofrenia que surge pela primeira vez o conceito de delírios bizarros.

*“A. Pelo menos um dos seguintes durante uma fase de doença:*

*1) Delírios bizarros (conteúdo patentemente absurdo sem base factual possível), tais como delírios de influência, divulgação de pensamentos, imposição de pensamentos ou roubo de pensamentos;”* [9]

Mantendo a definição de delírio bizarro, são agora acrescentados novos exemplos, coincidentes com os sintomas de primeira ordem de Schneider, também presentes nos seguintes pontos:

*“4) Alucinações auditivas em que ou uma voz mantém um comentário contínuo ao comportamento ou pensamento do indivíduo, ou duas ou mais vozes conversam entre si;*

*5) Alucinações auditivas em várias ocasiões com conteúdo de mais que uma ou duas palavras, sem qualquer relação aparente com depressão ou elação;”* [9]

Os restantes critérios, ao necessitarem de distinção dos primeiros, assumir-se-ão conseqüentemente como delírios não bizarros. Pode considerar-se o critério A3 e A6, por exemplo, como aludindo a uma perturbação do conteúdo do pensamento, tal como referido já no DSM e DSM-II [7,14].

*“3) Delírios com conteúdo persecutório ou de ciúmes se acompanhados de alucinações de qualquer tipo.”*

*6) Delírios somáticos, grandiosos, religiosos, nihilísticos, ou outros sem conteúdo persecutório ou de ciúmes;”* [9]

Ainda que assumindo-se estes dois últimos critérios como não bizarros, o cerne da distinção reside novamente no conteúdo do delírio, derivável ou não da vida real. O primeiro, como o descrito acima, será em tudo semelhante ao verificado, por exemplo, na Perturbação Paranóide.

Voltando a Schneider, pode encontrar-se aqui um paralelo às chamadas ocorrências delirantes. Este fenómeno por ele descrito aproxima-se de um delírio não bizarro e, de algum modo, de conteúdo mais redutível. No entanto, estas ocorrências não só não figuram nos sintomas de primeira ordem como são criticadas como meio diagnóstico por Schneider:

*“A ocorrência delirante não é susceptível de ser tão claramente definida, nem destacada de modo tão claro como acontece com uma percepção delirante, e também é de muito menor importância que esta última para o diagnóstico de esquizofrenia.”* [1]

### 3.3.2 Critérios de Bizarria no DSM-III-R

Com a revisão do DSM-III em 1987 não só a definição de delírio bizarro sofreu alterações, como os próprios critérios diagnósticos de esquizofrenia. O critério A1 ganhou destaque, mantendo a suficiência como critério único para assegurar o critério A. Ao mesmo nível de especificidade mantém-se apenas o equivalente a uma fusão dos anteriores critérios A4 e A5, agora com a seguinte formulação:

*“Alucinações proeminentes de uma voz com conteúdo aparentemente sem relação com depressão ou elação, ou de uma voz mantendo comentários sobre o comportamento ou pensamentos do indivíduo, ou duas ou mais vozes conversando entre elas.”* <sup>[16]</sup>

Todos os restantes critérios (delírios não bizarros, alucinações proeminentes, incoerência ou desorganização discursiva, comportamento catatônico e afecto aplanado ou inapropriado) passam a não ser suficientes como critério singular, podendo apenas ser significativos para o diagnóstico de esquizofrenia caso se façam acompanhar de um outro.

Os critérios assentes na bizarria e em sintomas de primeira ordem passam a constituir um núcleo diagnóstico de particular importância, e com consequências na sua aplicação prática. De facto, verificou-se que 10% dos pacientes que com diagnóstico de esquizofrenia segundo o DSM-III, sofreram alterações no diagnóstico com o DSM-III-R, sendo que dois terços destas alterações se deveram exclusivamente à nova categoria de delírios bizarros <sup>[17,18][18]</sup>.

Apontam-se, além do mais, três problemas principais nesta nova apresentação dos delírios bizarros <sup>[18]</sup>:

- 1) Discrepância significativa entre a definição oficial e os exemplos ilustrativos; <sup>[19]</sup>
- 2) Inconsistência lógica entre a definição de delírio bizarro e delírio não bizarro por não se excluírem mutuamente; <sup>[20]</sup>

3) Sobreposição clara entre delírio bizarro, que pode incluir um tema de influência, e o delírio de influência, ou de controlo, que assume uma outra categoria específica. [21]

### 3.4 DSM-IV e IV-TR: bizzarria e cultura <sup>1</sup>

Em 1994 a publicação do DSM-IV [4,22] introduz uma nova alteração estrutural e conceptual no diagnóstico de esquizofrenia, com a definição de sintomas positivos e negativos. Como faz questão de referir no início *“Nenhum sintoma é patognomónico de Esquizofrenia; o diagnóstico envolve o reconhecimento de uma constelação de sinais e sintomas associados a um anormal funcionamento ocupacional ou social.”* [22] Desta forma, a esquizofrenia apresenta-se como uma definição categórica heterogénea, difícil de se organizar numa entidade com limites clínicos e neurobiológicos definidos. Compreender as síndromes na esquizofrenia pode permitir-nos encontrar diferentes mecanismos neuronais subjacentes e correlações clínicas, abrindo a possibilidade à consideração de não uma esquizofrenia mas de várias.

Apesar desta heterogeneidade, o bizarro mantém a sua especificidade e importância diagnóstica. Com a nova publicação, a definição de delírio bizarro mantém-se inalterada no Glossário de Termos Técnicos, mas é subtilmente redefinida no capítulo *Esquizofrenia*.

*“Apesar de as ideias delirantes bizarras serem consideradas como característica especial da Esquizofrenia, a ‘Bizzarria’ pode ser difícil de avaliar, especialmente entre diferentes culturas.”* [22]

A ideia de um delírio *“cuja cultura do indivíduo consideraria totalmente implausível”*, herdada do DSM-III, é fortalecida ao longo do texto.

*“O clínico, ao avaliar os sintomas da Esquizofrenia em situações socioeconómicas ou culturais diferentes da sua, deve ter em conta este aspecto. As ideias que podem parecer*

---

<sup>1</sup> No DSM-IV-TR não se registam alterações de relevo em respeito ao conceito de delírio bizarro associado ao diagnóstico de esquizofrenia. Neste capítulo, ao referir DSM-IV engloba-se também o DSM-IV-TR.

*delirantes em determinada cultura (por exemplo, magia e bruxaria) podem ser comumente aceites noutra. Nalgumas culturas as alucinações visuais ou auditivas que surgem num contexto religioso podem ser um aspecto normal de experiência mística (por exemplo, ver a Virgem maria ou ouvir a voz de Deus)”. [22]*

Ainda que patente nos excertos citados, esta questão cultural tenta contornar-se numa referência posterior ao delírio bizarro, onde se redefinem como implausíveis, incompreensíveis e experiências não reactivas.

*“As ideias delirantes são consideradas bizarras se são claramente implausíveis e não compreensíveis e não provêm de experiências de vida corrente. Um exemplo de uma ideia delirante bizarra é a crença de um sujeito de que um estranho lhe retirou os órgãos internos e os substituiu por outros sem deixar quaisquer feridas ou cicatrizes.” [22]*

A ideia de um delírio bizarro passa a ser algo dependente da cultura em que o indivíduo se insere. Observa-se com isto um aumento da subjectividade do diagnóstico, nomeadamente no que concerne a uma indefinição dos limites desta cultura, ou da avaliação da capacidade do clínico em avaliar consistentemente a implausibilidade do delírio. A psiquiatria perde o carácter universal subjacente à medicina a que pertence, ao ver-se desprovido de capacidades diagnósticas quando fora da cultura em que se insere e onde, segundo este critério, consegue com independência e imparcialidade estabelecer um diagnóstico fidedigno.

#### 4. Bizarria na psicopatologia clássica: Jaspers, Schneider e outras contribuições

##### 4.1 Karl Jaspers – Psicopatologia Geral

Serão várias, como verificado ao longo dos DSM, as ideias associadas ao delírio bizarro. No cerne destas ideias está (1) a perturbação do pensamento, como juízo erróneo, sem alteração perceptual (2) uma alteração do conteúdo, não derivável da vida corrente; (3) a impossibilidade do delírio, a que se pode associar a implausibilidade; (4) e as ideias gerais de delírio de certeza inabalável e desafiadoras da credibilidade.

Estes são conceitos descritos por Karl Jaspers no seu *Psicopatologia Geral* <sup>[2]</sup>. Na ampla descrição do fenómeno de delírio e da sua associação à esquizofrenia, inicia a análise considerando o delírio como um juízo erróneo, definido por três critérios.

*“De modo vago chamam-se ideias delirantes a todos os juízos falsos que possuem em determinado grau – não precisamente por delimitado – os seguintes caracteres externos:*

- 1) *Convicção extraordinária com que lhes adere, a certeza subjectiva, inabalável;*
- 2) *Impossibilidade de influência da parte da experiência*
- 3) *Impossibilidade do conteúdo.”* <sup>[2]</sup>

Ainda que constituindo três direcções fundamentais da análise fenomenológica dos delírios, estes são para Jaspers apenas critérios de validação externa. À semelhança dos manuais diagnósticos da APA a partir do DSM-III, nenhum dos três critérios faz referência à experiência vivida ou ao insight do doente, mas antes ao confronto entre esta vivência e o olhar clínico do psiquiatra. O início da formulação de Jaspers servirá somente para situar o delírio num ponto que rapidamente desconstrói, dando lugar a uma análise mais aprofundada deste fenómeno.

*“Dizer simplesmente que um delírio é um juízo erróneo firmemente sustida pelo paciente, e que não consegue ser corrigida, confere apenas uma resposta superficial e incorrecta ao problema. A definição não disporá da matéria.”* [2]

Jaspers assenta a sua descrição do delírio, como fenómeno nuclear da esquizofrenia, numa divisão entre aquilo que se pode sumarizar como Delírios Primários e Delírios Secundários [23]. É a partir destas categorias de delírios que se propõe uma reflexão e actualização do conceito de Delírio Bizarro do DSM.

#### **4.1.1 Revisão do conceito de Delírios Primários de Jaspers**

Jaspers define o delírio primário como algo que, desde logo, não é *“possível apresentar de um modo concreto”*, devido a uma certa dimensão *“imperceptível, irreal e além da nossa compreensão”*.

Nesta vivência delirante primária, *“os doentes sentem algo estranho, há alguma coisa que pressentem. Tudo tem nova significação.”* As alterações não se fazem necessariamente na dimensão perceptiva – através de ilusões ou alucinações, aquilo que descreve como *“alterações grosseiras”* – mas antes recorrendo a conceitos como *“iluminação estranha, incerta”, “atmosfera indefinível”, “algo no ar”, “tensão suspeita”*.

*“You know something is happening, but you don’t know what it is - do you Mr Jones?”*

Bob Dylan

*“Nasce no doente uma sensação de falta de apoio e insegurança, impelindo-o instintivamente a procurar um ponto firme onde se agarrar”*. Quando o alcança, sente força e consolo, que apenas consegue formando *“uma ideia, uma explicação, tal como acontece com as pessoas saudáveis em circunstâncias análogas.”* O conteúdo delirante surge porque *“Não há pior terror que o perigo do desconhecido”* [24]. Será assim como explicação da experiência

alterada que se formulam convicções tanto de perseguição, ciúme ou sensações de fim do mundo, ou por outro lado convicções de elevação divina ou dever messiânico.

Nesta formulação Jaspers aponta portanto que (1) o delírio primário não corresponde a um erro de percepção – *“as percepções, no seu aspecto sensível, não se modificaram”* – e (2) dele se devem distinguir as ideias delirantes, que são consequência, ou reacção, a esta vivência (ou alucinações e outro tipo de vivências em perturbações não esquizofrénicas), e que constituem delírios secundários.

#### **4.1.2 O significado do mundo na vivência delirante primária**

*“Como pode o esquizofrénico formar juízos normais da realidade com base numa consciência da realidade alterada deste modo? Inevitavelmente tal consciência deverá lidar a juízos falsos, assumindo claro uma falta de qualquer perturbação na construção de juízos.”* [2]

Subjacente aos delírios, tais como descritos por Jaspers, está a alteração da realidade, que não dependendo da percepção no juízo erróneo se situa num campo entre os dois. Da relação entre um significante e um significado surge este cerne da vivência delirante, modificando a experiência da significância imediata da realidade.

*“Tentemos agora imaginar qual o sentido psicológico desta vivência delirante da realidade em que o ambiente confere um mundo de novos significados. Todo o pensamento é um pensamento sobre significados. Quando o significado é apresentado directamente através dos sentidos, se é directamente apresentado na imaginação e memória, o significado tem o carácter de realidade. As percepções nunca são respostas mecânicas a um estímulo-sentido; existe sempre ao mesmo tempo uma percepção do seu significado. (...) As experiências de delírios primários são análogas a esta visão dos significados, mas a percepção atravessa uma transformação radical. Existe um conhecimento imediato, intrusivo deste significado, e é a isto que podemos chamar vivência delirante primária.”* [2]

Ao analisar o trabalho de Jaspers, Kraus propõe um paralelo entre esta vivência delirante e a dinâmica entre impressão e percepção definida de Straus [25,26]:

*“Ao contrário de Jaspers, Straus não distingue entre uma parte passiva e uma activa da percepção, mas entre impressão e percepção como duas acções separadas.”* [25]

A impressão apresenta-se como um fenómeno pré-lógico que “surge *imediatamente, não hipoteticamente, antes da dúvida*”, que “*confere significados particulares a alguns objectos ou pessoas*”, e que precede imediatamente a percepção. Enquanto a percepção implica um certo distanciamento do mundo, na impressão o ego e o mundo desenvolvem-se ao mesmo tempo. A impressão implica uma certeza individual, privada, e a percepção confere-nos a realidade objectiva, geral.

Numa experiência psicótica, a habitual transição entre impressão e percepção seria reduzida a tal ponto que “*o paciente, isolado no idios kosmos da sua impressão, perde acesso ao mundo percebido conjuntamente com os outros*”. “*Os conceitos de Straus e Jaspers sobrepõem-se na medida em que, de acordo com Straus, o indivíduo se encontra aprisionado, por um lado, entre a parte do mundo em impressão e simultaneamente por outro antes do mundo em percepção*” [25,26]

Esta noção ajuda a uma compreensão do fenómeno de alteração da experiência do mundo vivenciado no delírio primário. Pode identificar-se na vivência primária de Jaspers a visão de “*perturbação do pensamento*” do DSM-II, assim como as ideias de irrealidade e estado de sonho descritas no primeiro DSM. Nos DSM consequentes, a definição de delírio parece aproximar-se ainda mais de Jaspers. Contudo, se os manuais diagnósticos assentam o delírio específico de esquizofrenia no conceito de bizarro, para Jaspers o cerne da perturbação encontra-se nos delírios primários. Pode estabelecer-se um paralelo entre os delírios primários e os delírios bizarros?

Os delírios no global, tal como definidos nos DSM, ao apresentarem-se primariamente como um juízo falso contrariam desde logo a definição de delírio primário de Jaspers, como observado acima. Além disso, todas as definições de delírio bizarro nos DSM enfocam exclusivamente o conteúdo dos delírios, tanto que é referida por mais do que uma vez a palavra “*ideia delirante*” como sinónimo de delírio. Não existe qualquer referência à vivência fenomenológica de delírio primário descrita em nenhum DSM. [4,7,9,14,16,22] Os delírios bizarros, tal como apresentados nestes manuais, traduzem os delírios secundários de Jaspers, consequentes da vivência delirante primária. Estes, se centrados apenas no conteúdo, não apresentam diferenças significativas em relação aos delírios de grandiosidade, persecutórios ou outros descritos que distinguirão os delírios bizarros de não bizarros, e portanto aqueles específicos da esquizofrenia dos restantes.

#### **4.2 Kurt Schneider e os sintomas de primeira ordem**

Desde a sua introdução, no DSM-III, à sua eliminação como tal no DSM-5, os sintomas de primeira ordem de Schneider assumiram particular relevância diagnóstica na esquizofrenia. A sua associação com o conceito de bizarro, que acompanha a sua referência e especificidade nas descrições diagnósticas, não se faz ao acaso, mas como consequência da raiz psicopatológica presente em Schneider.

No seu livro *Psicopatologia Clínica* [1], onde pela primeira vez estabelece os sintomas de primeira ordem, existe uma análise dos conceitos de delírio de Jaspers, da sua especificidade e carácter nuclear na esquizofrenia, e, portanto, um paralelo ao conceito de delírio bizarro. Ainda que considerando os sintomas de primeira ordem como integrando de certo modo aquilo a que chamamos delírios secundários, isto é, como produto secundário da experiência delirante “*verdadeira*”, existe um distanciamento em Schneider da priorização destes delírios.

A sua formulação de delírio parte de Jaspers mas difere em certos aspectos, propondo um modelo em que “*o delírio surge, sobretudo, sob dois aspectos ou modalidades: como*

*percepção delirante e como ocorrência delirante.*” [1] As percepções delirantes seria, assim patognomónicas de esquizofrenia, e as ocorrências delirantes poderiam comparar-se aos delírios secundários.

*“Falamos de percepção delirante, no sentido de Jaspers e de Gruhle, quando a percepções autênticas é agregado um significado anormal, na maioria das vezes de sentido autorreferencial, e sem que exista para ele um motivo compreensível de índole racional ou emocional. (...) Já que não se trata de uma alteração do percebido, mas do significado deste último, as percepções delirantes não correspondem a alterações da percepção mas às do pensamento.”* [1]

A percepção delirante definirá a experiência primária no delírio esquizofrénico através de uma estrutura bimembre, que também separa a percepção da interpretação. Ao contrário de Jaspers, assume que apenas a percepção se mantém inalterada, mas dotada de um significado inespecífico que traduz a *“verdade mais elevada”*. [1] Mesmo que assumida como algo primário e nuclear, a percepção delirante aproxima-se mais da noção de delírio dos DSM-II, III e IV [4,9,14,22] como *“juízo erróneo”*.

A ocorrência delirante, por sua vez, constitui uma entidade à parte da percepção delirante, e não uma consequência desta, como os delírios secundários podem ser dos primários. Contudo, e à semelhança destes, as ocorrências para além de unimembres estão muito mais relacionadas com o conteúdo e as ideias delirantes, do que com uma vivência experiencial básica.

*“Por ocorrência delirante entendemos ocorrências tais como as referentes a uma missão religiosa ou política, a uma capacidade especial, a uma perseguição, a ser amado. A ocorrência delirante não é susceptível de ser tão claramente definida, nem destacada de modo tão claro como acontece com uma percepção delirante, e também é de muito menor importância que esta última para o diagnóstico de esquizofrenia.*

*Há que ser muito cauteloso em catalogar precipitadamente como delírio qualquer ocorrência que pareça estranha ou extravagante.”* [1]

Schneider nega ainda que à ocorrência delirante se possa aplicar o critério do não psicologicamente derivável, que distingue a esquizofrenia das perturbações afectivas. As ocorrências surgem de um transfundo, como reacção “*procedem quase sempre da esfera pré psicótica de pensamentos, valores e impulsos do doente delirante*”, sem “*aspecto específico*”, e em que não podemos prescindir dos conteúdos. [1]

*“Assim, deste modo, sempre que exista uma vinculação intensa com a personalidade pré psicótica e as suas vivências, haverá que ser muito cauteloso em admitir uma psicose, se não surgirem vivências claramente psicóticas. (...) A ocorrência delirante não possui uma estrutura específica, como sucede com a percepção delirante, e por isso não nos cabe basear nela a existência de uma psicose.”* [1]

Apesar de grande parte da sua *Psicopatologia Clínica* se centrar no desenvolvimento das ideias de percepção e de ocorrências delirantes, o grande legado de Schneider acaba por ser os sintomas de primeira ordem. Transpostos directamente para o DSM-III e IV são considerados delírios bizarros, com excepção das alucinações auditivas que formam um critério independente [4,9,16,22]. Quão bizarros são, no entanto, estes sintomas, e como os devemos ver à luz psicopatológica?

Desde logo Schneider assume os sintomas de primeira ordem como modo anormal de vivência mas nunca como “*alteração básica*”, possuindo “*um valor muito especial tanto para o diagnóstico em relação ao psicicamente anormal e não psicótico, como em relação à ciclotimia.*” [1]

Aqui, tal como observamos no raciocínio dos DSM, Schneider distancia-se de uma possível teoria explicativa da esquizofrenia. O que Schneider nos apresenta são critérios que tentam objectivar um diagnóstico claro para o clínico.

*“Sonorização do pensamento, ouvir vozes dialogantes entre si, ouvir vozes que comentam os próprios actos do indivíduo, vivências de influência corporal, roubo do pensamento e outras influências de pensamento, divulgação de pensamento, percepção delirante, assim como toda a vivência de feito e influenciado por outros nas dimensões do sentir, das tendências e da vontade. (...)”*

*Podiam, talvez, reconhecer-se além disso outros sintomas esquizofrénicos de primeira ordem. Mas limitamo-nos a aqueles que nos resultam susceptíveis de ser captados sem dificuldade excessiva, tanto conceptualmente como na exploração clínica.”* <sup>[1]</sup>

Fica de fora do DSM-III e IV o único que contribui fenomenologicamente para a análise do doente esquizofrénico: a percepção delirante. Apesar de todo o trabalho desenvolvido por Schneider sobre esta vivência, assumida inclusivamente como patognomónica da esquizofrenia, a APA acaba por descartá-la como critério diagnóstico. Analisando cada um dos restantes sintomas, podem considerar-se como pertencendo ao domínio do conteúdo do delírio. Podem, como dito acima, inclusivamente ser comparados aos delírios secundários. Teremos por um lado as aparentes alterações perceptivas nas alucinações, e por outro as ideias auto-referenciais, vivências de passividade e relacionadas com uma anormal exteriorização de pensamentos, passíveis de enquadramento na ideia delirante de Jaspers.

A presença dos sintomas de primeira ordem no DSM-III e IV limita também o conceito de delírio bizarro a alguns sintomas, deixando sempre de fora as alucinações auditivas. As alucinações cumprem todas as definições de delírio bizarro, como *“patentemente absurdas”*, *“sem base factual possível”*, ou como *“fenómeno cuja cultura do indivíduo consideraria*

*totalmente implausível*". Percebe-se assim que nos DSM as alucinações se situam nas alterações do campo perceptivo, enquanto os delírios estão colocados no campo interpretativo aberrante. A ligação entre delírios bizarros e alucinações auditivas é tão evidente que se manteve unida tanto na aquisição do carácter especial no DSM-III-R como na sua extinção com o DSM-5. Assumir que possam ser dependentes de um único factor (e assim epifenómenos de um evento primário) fica patente apenas nas acções da APA, mas nunca nas suas definições.

A posição de Schneider e a sua postulação de critérios diagnósticos tem sido amplamente criticada por vários autores, tanto por falta de validade científica como por uma desumanização da psiquiatria ou mesmo um distanciamento da verdadeira definição de esquizofrenia.

*“Schneider, 50 anos depois [de Bleuler] deu suporte renovado aos que preferiam pensar na esquizofrenia como um processo benigno, ao simplesmente redefinir a esquizofrenia de modo a que assim se tornasse. (...) Schneider estabelece uma nova síndrome com características que economicamente se colocam em check lists e se inserem em computadores. Tal síndrome pode ser mais prevalente, apresentar uma evolução mais favorável, ser mais responsiva a uma grande variedade de terapêutica, mas não é esquizofrenia.”* <sup>[27]</sup>

No final, fica a questão sobre se de facto o verdadeiro legado de Schneider se esgota nos critérios que tanto marcaram os diagnósticos de psiquiatria à escala mundial. Um estudo da obra de Schneider como fenomenologista e discípulo de Jaspers, e das suas ideias de percepção delirante pode contribuir para uma melhor compreensão do fenómeno esquizofrénico e do doente.

---

## 5. Psicopatologia do delírio – uma crítica à definição operacional do DSM

Do mesmo modo que os delírios bizarros dos DSM assumem uma especificidade especial no diagnóstico da esquizofrenia, os delírios primários assumem uma mesma posição nuclear na concepção de delírio em Jaspers. Partindo da associação entre os dois, tenta-se perceber quais os fenômenos por detrás deste delírio, e como se podem descrever, definir e compreender.

O raciocínio parte das três características que Jaspers estabelece como identificadoras de delírio. Ainda que influenciadas pelos três critérios de delírio postulados por Jaspers, as definições de delírio e delírio bizarro dos DSM são concebidas sem especificidade fenomenológica. Por outras palavras, a definição é quase exclusivamente quantitativa, sem a tentativa de Jaspers de conceptualizá-las também de um modo qualitativo.

### 5.1 Os três critérios: certeza inabalável, incorrigibilidade, impossibilidade

#### 5.1.1 Certeza inabalável:

*“Jaspers diferencia no delírio esquizofrénico uma experiência imediata de realidade de um julgamento de realidade. Distingue também a certeza de uma experiência imediata de uma que é resultado de um processamento intelectual da experiência”* [25]

A certeza inabalável reflecte a diferença entre o delírio primário e o secundário. A certeza do delírio primário é novamente alinhada com o conceito de *incompreensível*, e por isso de uma *“certeza subjectiva inabalável qualitativamente diferente”*. A certeza do delírio secundário, compreensível, distingue-se através da dimensão exagerada, puramente quantitativa, com que se apresenta. Verifica-se uma vez mais a aproximação dos DSM ao delírio secundário em detrimento do primário, ao assumir a importância quantitativa do grau de convicção das ideias delirantes. Este ponto foi reforçado nas novas escalas de significação sintomática do DSM-5, assumidamente quantitativas. A certeza inabalável, ou convicção, que define os

delírios no DSM-III e IV é precisamente a certeza do juízo, hiperbolizada e alterada quantitativamente, não específica da experiência esquizofrénica.

Como específico do diagnóstico de esquizofrenia, se partindo do delírio primário de Jaspers, o delírio bizarro deveria assumir um aspecto de certeza inabalável diferente, de uma “*certeza imediata*”. Esta certeza revela-se, tal como o delírio do DSM-III e IV, quando em contraste com a opinião contrária, com a cultura que a não aceita e cuja credibilidade é desafiada. Não é contudo o grau de convicção na defesa da ideia que define estes delírios. A certeza dos delírios primários é qualitativamente diferente, alterando-se não em grau mas em forma. No seu “imediatismo” associado ao significado das coisas, esta certeza torna-se incompreensível aos olhos de uma comunidade fora desse referencial.

### **5.1.2 Incorrígibilidade**

A questão da incorrigibilidade traduz uma impermeabilidade da experiência delirante primária à realidade partilhada com a comunidade. Muitas vezes sobreponível à certeza inabalável, depende no entanto apenas do indivíduo que experiencia e não da validação de um outro. Na experiência do delírio, a prova “real” que contrapõe os factos defendidos pode ser apresentada espontaneamente pelo mundo envolvente do indivíduo, sem intervenção de terceiros. Por exemplo, se num delírio em que se vê todas as pessoas na rua como se estivessem mortas, a prova de que estão vivas (e.g. sentir o batimento cardíaco ou o respirar de uma delas) não abalará a ideia delirante. Existe um enclausuramento da ideia delirante que a realidade externa só contribuirá para potenciar, mas não para contrariar.

Esta incorrigibilidade aproxima, neste aspecto particular, o delírio e a crença. Distanciando-se dos factos, as crenças debruçam-se na maior parte das vezes sobre conceitos abstractos, e por isso dificilmente demonstráveis. “*Difícilmente se submetem a resistências reais*” [23] e ainda que possam ser sujeitas a argumentação muitas vezes é impossível que esta seja conclusiva. Como no delírio, também na crença existe uma incorrigibilidade, e em ambos

esta está relacionada exclusivamente com o seu conteúdo. Como tal, vê-se dificultada a sua consideração como critério de especificidade do delírio bizarro da esquizofrenia, nem sequer do delírio geral.

Outro aspecto em que esta incorrigibilidade entra em contradição com o delírio tem a ver não com o conteúdo, mas com a forma que a vivência experiencial assume. Neste ponto pode traçar-se uma tangente ao “*estado de sonho*” esquizofrénico e ao fenómeno do duplo registo. [28] Este estado, de certo modo paralelo à ambivalência de Bleuler, manifesta-se na incongruência entre a ideia delirante e as acções. Ao contrário das perturbações afectivas, nomeadamente da mania, em que o doente age de acordo com o seu delírio, na esquizofrenia existe uma aparente dissociação entre a convicção manifestada e o comportamento na comunidade. Deste modo, por exemplo, o doente que acredite que é Napoleão continuará a fazer fila na cantina. Schneider refere inclusivamente que será errado assumir um maior autismo, ou remoção da realidade, na perturbação esquizofrénica do que na afectiva, mantendo-se na esquizofrenia a “*plasticidade reactiva*”. Enquanto no doente com esquizofrenia se podem observar reacções sensatas e compreensíveis durante ataques aéreos na guerra ou imediatamente antes da sua morte, nos doentes com perturbações afectivas é habitualmente mais difícil uma interrupção do seu estado. [1]

A visão do doente imerso numa vivência primária com duplo registo compara-se à de uma fotografia com dupla exposição, sobrepondo uma dimensão imaginada e uma objectivável. Edward Casey, caracteriza o imaginário através das suas qualidades de “*auto-evidência e auto-contenção*”. A auto-evidência deste segundo plano imaginário assume-se como não corrigível, dado que pela sua natureza essencial não é nem falsificável nem verificável, concedendo o aspecto incorrigível à vivência delirante. [29]

*“Dificuldades no ‘teste da realidade’ implicam geralmente que o doente tome o imaginário pelo real – isto é, que ele acredite nestes objectos imaginários com a mesma forma de crença essencial que associamos ao mundo que nos rodeia (tal como quando o DSM fala de ‘crença pessoal falsa baseada numa inferência incorrecta sobre a realidade externa’) ”* [28]

Nesta linha, Manfred Spitzer descreve os delírios como envolvendo *“afirmações sobre a realidade externa que são totalizados como afirmações sobre um estado mental, i.e. com uma certeza subjectiva e incorrigível por outros”*.<sup>[30]</sup> Sass acrescenta que tanto a certeza inabalável como a incorrigibilidade, assim como a inconsequencialidade dos seus actos, são não apenas reminiscentes deste estado mental, mas *“mais reminiscentes da dimensão do imaginário que da percepção ou crença: tal como a realidade imaginária ou a realidade imanente da fenomenologia, a realidade delirante pode ter uma qualidade apodíctica que pode localizá-la logo atrás da justificação ou dúvida.”* [28]

Não se considera portanto uma impermeabilidade à realidade no delírio da esquizofrenia, mas uma sobreposição entre uma dimensão real e uma imaginária, ambas incorrigíveis no seu referencial próprio. O delírio pode ser incorrigível ao não sucumbir à argumentação, resistindo à normatização do seu referencial lógico, mas o peso da realidade acaba por permeabilizar sempre o imaginário e forçá-lo a uma vivência minimamente funcional. A incorrigibilidade não deverá ser considerada assim delírio bizarro de esquizofrenia por na sua essência, nem na forma nem no conteúdo, apresentar a especificidade e coerência conceptual que esta implica.

### **5.1.3 Impossibilidade**

Por fim a terceira característica – a impossibilidade – clara no DSM-III e IV através do *“patentemente absurdo”* e *“sem qualquer base possível em factos”*, é referida como um diferente tipo de *“conhecimento da realidade”*, cujo sentido, para o doente, *“não carrega o mesmo significado que o da realidade normal*. O conteúdo definitivo do delírio assalta o indivíduo como *“um símbolo de algo bastante diferente”* [2].

Na análise desta impossibilidade, fará sentido tomar a redefinição de *bizarro* em que Mullen define três tipos de bizzarria: objectiva, cultural e individual. A bizzarria objectiva seria precisamente a assente num critério de impossibilidade, “*em referência a critérios objectivos do que é ou não razoável de acreditar*”<sup>[31]</sup>. Porém, face à natureza do real - assumir a realidade como verdade tem a natureza de crença e implica razoabilidade – a realidade objectiva é uma crença razoável.

*“Por exemplo, acreditar que os vizinhos estão a roubar electricidade e comida através das paredes vai contra aquilo que sabemos sobre como a electricidade é conduzida e a natureza impermeável das paredes. A bizzarria em tal instância é concebida como uma ideia ou experiência que pode ser considerada impossível (ou pouco provável) tendo em conta aquilo que é conhecido do mundo.”*<sup>[31]</sup>

Novamente surge a palavra “*acreditar*”, e não “*saber*” ou “*perceber*”, para descrever um fenómeno aparentemente assumido como objectivo. Na vida quotidiana não se diz que se acredita que a electricidade chega a uma tomada através do movimento de electrões em cabos que os conduzem, ou que se acredita que foi removido um órgão após uma cirurgia devido à marca da cicatriz ou a exames complementares de diagnóstico. No dia-a-dia, assume-se uma certeza partilhada num mesmo referencial, que leva o indivíduo a substituir a noção de crença por uma noção de conhecimento ou saber. Ao alterar o referencial, ao escapar a barreira do objectivável, o conhecimento e o saber passam a ser impossíveis e dão lugar à crença, ainda que a experiência, do ponto de vista individual, partilhe da mesma essência.

*“O conteúdo impossível diz mais sobre o mundo visto pelo entrevistador do que sobre o doente em si.”*<sup>[32]</sup>

Substituindo a noção de impossibilidade pela noção de crença não razoável, vai-se de encontro ao segundo tipo de bizzarria segundo Mullen, e à definição de bizzarria segundo os DSM

– a bizarria cultural. *“O ponto de referência aqui não é o que se apresenta objectivamente como verdade, mas o que pode ser expectável de ser acreditado por elementos de certa cultura ou subcultura.”* [31] Neste ponto, cita Kendler afirmando que a bizarria é a *“partida daquilo que é culturalmente determinado como realidade consensual”*. [33]

Tanto a bizarria objectiva como a cultural, à semelhança da descrita no DSM-IV [4,22], concebem a bizarria como propriedade do conteúdo do delírio, mas não da sua forma. O critério da impossibilidade não permite *“distinguir, de modo fiável, delírios mais ou menos bizarros, ou ajudar a distinguir delírios de outras crenças erróneas ou improváveis”*, quebrando a fiabilidade diagnóstica. Estes conteúdos poderão constituir *“uma pista para a possível presença de um delírio”* [31], mas não parte da sua definição.

## **5.2 Incompreensibilidade**

Uma das possíveis vias de distinção e definição de delírio segue a linha de pensamento de Jaspers e prende-se com perturbações na relação empática do doente, em concreto com algo a que poderemos chamar de uma incompreensibilidade essencial. Como conceito, a incompreensibilidade encontra-se já presente na imagem de *“crença não razoável”* do DSM-III [34]. Esta incompreensibilidade explorada no delírio bizarro pretende contudo apresentar uma diferente perspectiva, nomeadamente no que toca à forma desse delírio.

### **5.2.1 Incompreensibilidade como fractura**

Uma das associações entre a esquizofrenia e o fenómeno delirante incompreensível dá-se fracturar o normal desenvolvimento do indivíduo. Na sua revisão do conceito de bizarro, Mullen define esta abordagem num terceiro tipo de bizarria - a individual:

*“Esta definição evita o problema das crenças estranhas socialmente partilhadas, onde o conteúdo pode ser extraordinário sem contudo indicar a presença de uma perturbação mental.*

(...)

*A bizarria individual refere-se ao delírio que não é compreensível como parte do desenvolvimento ou expressão do carácter de um indivíduo. Representa uma quebra neste desenvolvimento.*” [31]

Esta é uma definição de delírio que não se limita exclusivamente ao seu conteúdo, uma vez que conteúdos idênticos podem ser interpretados tanto como sinónimo de delírio como referências normais, dependendo do doente. Esta atribuição deixa de ser condicionada pela cultura em que o indivíduo se insere, como definido no DSM-IV [22] ou na bizarria cultural [31], mas rege-se apenas pelo percurso do doente e por aquilo que se conhece dele. A incompreensibilidade como fractura é um critério que obriga a um estudo aprofundado da história e dos antecedentes do doente, numa abordagem centrada nele, diferente de critérios instantâneos e puramente externos.

Esta fractura do indivíduo aproxima-se do critério B dos DSM [3,4,9,16,22], em que se descreve uma “*Deterioração a partir de um nível prévio de funcionamento em áreas como o trabalho, relações sociais e cuidado*” [9,16], remanescente do conceito de deterioração da demência precoce de Kraepelin [13]. Esta “*fractura*” está presente também em Schneider, como justificação da irredutibilidade e compreensão a partir do passado.

*“Não se pode fazer derivar a compreensão de uma psicose a partir da personalidade original e anterior. Tanto as esquizofrenias como as ciclotimias trespassam e fractura, com a sintomatologia descrita, o descolamento normal ou anormal (psicopático) da personalidade.”*

[1]

Também Jaspers refere a existência desta fractura com o desenvolvimento natural do indivíduo, quando justificava a incorrigibilidade do delírio autêntico como “*uma modificação da personalidade, cuja essência, até agora, nem podemos descrever, quanto mais formular conceptualmente, mas que devemos pressupor.*” [2] No entanto, a incompreensibilidade em

Jaspers é um conceito que vai muito além das áreas mencionadas ou sequer de um “funcionamento”

### **5.2.2. Compreensibilidade Genética e Estática**

No capítulo de *Psicopatologia Geral* que dedica à compreensibilidade, Jaspers define uma compreensibilidade genética como conformando-se a uma visão de senso-comum. O conceito genético, prévio à genética moderna, deriva do grego *genetikos*, referente a origem, consistindo num conhecimento inato, fruto do conhecimento básico e de uma relação humana partilhada. No fundo, é uma compreensibilidade derivada daquilo que unifica a mente humana, possibilitando uma partilha de referencial e uma alteração do sistema de referencial do indivíduo para um terceiro.

*“Nas ciências naturais encontramos ligações causais apenas, mas na psicologia a nossa inclinação para o conhecimento é satisfeita com a compreensão de um tipo de ligações um pouco diferentes. Os acontecimentos psíquicos “emergem” uns dos outros de um modo que conseguimos compreender. Uma pessoa atacada fica zangada e assume uma posição defensiva, uma pessoa enganada torna-se desconfiada. O modo como tal emergência se constrói é compreendido por nós, esta nossa compreensão é genética.”* [2]

Em oposição à compreensibilidade genética define também a compreensibilidade estática. Se a primeira se refere a uma compreensão no tempo, de emersão e evolução de fenómenos a partir de outros, a segunda consiste numa compreensão no espaço. A compreensibilidade estática versa sobre a coerência da realidade.

No delírio esquizofrénico existe uma incompreensibilidade tanto genética como estática. Por um lado, não é possível ao observador reduzir psicologicamente os fenómenos, que vão além da sua intuição. Aos olhos do indivíduo saudável, não existe um encadeamento natural e compreensível do discurso e acções, que surgem como desorganizados, inconsequentes ou

derrapantes. Ao mesmo tempo, existem no doente a ambivalência e a incoerência afectiva de Bleuler <sup>[35]</sup>, a que podemos associar o fenómeno do *duplo registo*, manifestando-se numa incoerência instantânea, no espaço.

Esta é uma incompreensibilidade dependente da empatia e da harmonia social, reflectida no autismo esquizofrénico e no contacto classicamente descrito como estranho. Esta ideia de incompreensibilidade traduz-se em várias imagens descritas na psicopatologia clássica <sup>[36,37]</sup>. Rümke descrevia um “*sentimento precoce*”, defendendo que o diagnóstico esquizofrénico seria reforçado por uma intuição infável, difícil de verbalizar, que traduzia numa inacessibilidade empática essencial do doente <sup>[38]</sup>. Imagem semelhante é descrita por Tellenbach, onde o conceito de “*diagnóstico atmosférico*” implica uma dessincronia, perceptível ao clínico, entre a sua atmosfera experiencial e as atmosferas específicas do doente <sup>[39]</sup>. A intuição no diagnóstico, manifestando a sensação de falta de harmonia empática, está presente também em Wyrsh <sup>[40]</sup> e no “*diagnóstico por penetração*” de Minkowski <sup>[41]</sup>. A incompreensibilidade aparece inclusivamente explícita em Müller-Suur, que cunha uma “*incompreensibilidade radical*” <sup>[42]</sup>.

### **5.2.3 Compreensibilidade e Transcendência**

Uma das raízes da incompreensibilidade do delírio bizarro encontra-se nas descrições do *trema* de Conrad, onde se refere uma “*incapacidade de transcendência*” ou “*incapacidade de transposição dos pontos de referência*”, que assume uma perturbação na capacidade de alteração de sistema de referencial da experiência. Este conceito é explicado através da imagem de um indivíduo num comboio em movimento. De uma perspectiva individual, é ele quem está parado, sentado no seu banco, e a plataforma que se começa a mover. Só alterando o sistema de referencial, e colocando-se na posição de um hipotético outro na plataforma, o indivíduo consegue perceber que é o comboio onde está sentado que se move, e não a paisagem externa.

[23,43]

No indivíduo com esquizofrenia observa-se uma incapacidade nesta alteração do sistema de referencial, levando a uma tendência universal para a auto-referenciar a experiência. Durante a experiência delirante o indivíduo pode deixar de perceber que é o comboio que se move, que as outras pessoas não falam ou pensam sobre si, ou que o noticiário não lhe é dirigido. Sucedem assim um bloqueio à exteriorização do sistema de referencial, à capacidade de se colocar na posição do outro, numa tendência quase solipsística em que o indivíduo não reconhece o outro como igual na existência. O indivíduo encontra-se aprisionado no seu próprio mundo. <sup>[44]</sup>

Estando a alteração de sistema de referencial na base da empatia, nesta implica-se a compreensibilidade tal como descrita por Jaspers. De acordo com esta quebra da empatia, aquilo que na esquizofrenia bloqueia o indivíduo de dentro para fora acaba por bloquear também de fora para dentro. O observador externo esbarra na muralha autista, em que o *Eu* solipsístico e solitário no mundo se enclausura, numa dimensão que é incompreensível porque inacessível. As manifestações dos delírios bizarros, tais como descritas na sintomatologia clássica e dos manuais diagnósticos, serão apenas visões superficiais, filtradas pelo discurso e seleccionadas pela memória, de um fenómeno experiencial mais distante do normal, numa situação paralela à que sucede com as descrições dos sonhos.

*“De facto, o sonho é o contar do sonho (...) assim que [o sonho] existe, deixa de existir. O que existe sim é o processamento altamente selectivo do sonho, ao escrevê-lo ou contá-lo, dizendo ‘Tive este sonho incrível ontem à noite’.”*

*Susan Sontag*

A incompreensibilidade está assim além de uma simples fractura na narrativa do indivíduo, das suas ideias, decisões ou modo de vida. A incompreensibilidade da vivência delirante primária, ao colocar o indivíduo numa esfera experiencial diferente, torna a concepção da realidade inconcebível àqueles que a não experienciam. O delírio bizarro em si passa a ser

este fenómeno inacessível, alcançável apenas através de um estudo fenomenológico profundo que explore todas estas “pistas” presentes nas formas de expressão do doente.

#### **5.2.4 Críticas à Incompreensibilidade**

A incompreensibilidade descrita por Jaspers é amplamente criticada. Por um lado, baseando-se numa perspectiva de compreensão psicológica e dentro de um contexto social e experiencial, serão poucas as correntes filosóficas que admitem esta incompreensibilidade e impossibilidade de interpretação do delírio [45-48]. Por outra, as correntes de estudo que hoje imperam na psiquiatria reduzem o delírio a um “modelos deficitário” e reducionismo neurobiológico que acabam por colocá-la no mesmo campo. [28] Além disso, uma incompreensibilidade implica também uma “*incompetência subjectiva*” que é “*assumida como critério para diagnósticos que se requerem objectivos*”. [25]

A incompreensibilidade é igualmente criticada por implicar um bloqueio à comunicação com o doente – se a experiência é incompreensível e o doente bizarro, doente e médico estarão em esferas diferentes que impossibilitarão a comunicação. O assumir deste pressuposto pode inclusivamente condicionar ao psiquiatra a desnecessidade de ouvir o que lhe está a ser dito. Esta incompreensibilidade excluirá todo o contexto do mundo vivido do paciente, todo o transfundo e história que este carrega [25]. Como o DSM-III fazia questão de corrigir, é importante falar no doente com esquizofrenia e não no doente esquizofrénico.

#### **5.2.5 Pontos a reter na Incompreensibilidade**

A incompreensibilidade de Jaspers não precisa de ser assumida de um modo radical. O próprio desafio fenomenológico a que este se propõe quando estuda os delírios comprova-o. Em Jaspers existem dois pontos-chave que, assumindo ou não esta incompreensibilidade, se devem apreender.

O primeiro será a importância qualitativa que o conceito de incompreensibilidade imprime no diagnóstico e na especificidade da esquizofrenia. Os delírios deixam de implicar uma certeza “além” do normal, de ser incorrigíveis por serem “demasiado” impermeáveis às influências externas, e impossíveis por irem “demasiado” além da realidade. A certeza inabalável, a incorrigibilidade e a impossibilidade passam de uma hiperbolização da experiência normal a uma metamorfose, onde a incompreensibilidade traduz a transição para essa outra esfera.

*“Isto afigura-se como uma dimensão contra uma abordagem categórica à agenda da psiquiatria moderna, com as suas vantagens e desvantagens. Actualmente, a patologia frequentemente parece ser apenas uma questão de grau.”* [25]

O segundo é a importância de algo que especifique os delírios esquizofrênicos e os diferencie dos outros tipos de delírios, “a essência central que se situa além de toda a empatia e compreensão psicológica” e que seria “o núcleo da própria doença, a própria coisa que os torna esquizofrênicos”. [2,28]

Pode ainda acrescentar-se um terceiro ponto, em que a incompreensibilidade, tal como vivenciada pelo psiquiatra pode defender o doente de uma normalização imposta aos nossos referenciais de experiência arbitrários, conduzindo a um agravar do sofrimento e do sentimento de inadaptação. A contra face do problema comunicativo entre médico e o doente será também a não sujeição de uma estrutura experiencial a outra.

*“Se convencido que as suas assunções delirantes são somente crenças erróneas, o paciente encontrar-se-á em contradição consigo mesmo, dadas às suas tentativas de ‘normalizar’ as próprias vivências delirantes primárias. Ao tentar adaptar os seus delírios primários à normalidade, a situação pode mesmo piorar, uma vez que a realidade errónea criada por si pode devolvê-lo de volta às suas vivências delirantes primárias, que, por sua vez,*

*se tornam mais angustiantes por parecerem impossíveis de alterar. Sem esta diferenciação, nós, como psiquiatras, falharíamos em reconhecer que a vivência delirante primária é o principal gerador do delírio, mais do que os erros revelados nos juízos do indivíduo.” [25]*

Novas correntes psicopatológicas propõem uma nova abordagem não polarizada à questão desta incompreensibilidade específica dos delírios bizarros. Existem hoje teorias que apontam para uma possível superação desta incompreensão a partir de métodos que não reduzam ou eliminem a especificidade da vivência (e do diagnóstico) esquizofrénico. A teoria proposta a explorar em seguida parte da tentativa de uma explicação desta incompreensibilidade pressupondo uma perturbação do self como essência da esquizofrenia. Existem hoje novas ferramentas para perceber como é que esta experiência é alterada, e de que forma pode ajudar a abrir as portas da percepção esquizofrénica.

*“O indivíduo normal poderá não conseguir apreender na totalidade a experiência de sentir o corpo a alterar-se ou a destruir-se, para logo depois o ver voltar à normalidade, ou o mundo a cessar de existir e simultaneamente continuar o mesmo. Ainda assim, é possível ter alusões, é possível procurar certas analogias, e ao fazê-lo aumentar significativamente a aproximação a uma compreensão do outro, mais do que se nunca tivesse feito o esforço em primeiro lugar.” [28]*

## 6. Novas contribuições ao conceito de bizarro: Perturbações do *Self*

### 6.1 Revisão do conceito de *self* e suas perturbações

É de novo na psicopatologia clássica que se encontram descritas pela primeira vez as perturbações do *self*, denominadas por Jaspers como anomalias da “*consciência do Eu*”. Colocadas na mesma categoria dos delírios, consideram-se ocorrências paralelas, não surgindo como sua origem ou consequência. Estas perturbações assumem quatro características formais:

“ 1. O sentimento de actividade, uma consciência da actividade; 2. A consciência da unidade: eu sou uno no mesmo instante; 3. A consciência da identidade: eu sou o mesmo sempre; 4. A consciência do eu em oposição ao externo e aos outros.” [2]

Ainda que podendo associar-se a estas perturbações, os fenómenos dissociativos encontram-se claramente descritos como pertencendo a outra natureza distinta, principalmente quando comparados à chamada “*divisão do self*”. Jaspers identifica um fenómeno em que o indivíduo “*não sente mais o seu existir*” [2], destruindo o *cogito* cartesiano, alterando a propriocepção e o sentido de auto-agência, e fracturando a sua unidade tanto no tempo como no espaço. Mesmo não referindo nunca nenhuma destas características como específicas de esquizofrenia, este diagnóstico é associado a todas elas, como descrição clássica deste tipo de experiências.

Schneider recorre à descrição de Jaspers, mas substituindo a noção de “*consciência do Eu*” por “*vivência do Eu*”. Às quatro características formuladas adiciona uma quinta: a “*consciência da existência*”, assim independente da “*consciência da actividade*”. Estas perturbações implicam um tal apagamento do sujeito experiencial que dela exclui relatos de indivíduos que afirmam “*eu já não vivo*”, por em si pressuporem uma vivência de “*Eu*”. Contudo, Schneider não considera as experiências anómalas de *self* como manifestação relevante para o diagnóstico, ao ponto de não as listar nos seus sintomas de primeira ordem. Esta opção justifica-se com a “*dificuldade existente para captar o sentimento de pertença ao*

*eu, [sendo que] as suas alterações acabam por ser definíveis de modo muito incerto”. Ao esvaziarem o indivíduo de um *self*, serão experiências captadas obrigatoriamente por um observador externo, nunca pelo próprio indivíduo. Schneider prefere assim excluí-las das suas considerações fenomenológicas, para evitar “considerações vazias e especulativas”. [1]*

A relevância diagnóstica das perturbações do *self* destaca-se na sua presença no DSM-III e III-R [9,16], incluídas na descrição de esquizofrenia. O diagnóstico de esquizofrenia associava-se a uma alteração na “consciência do *self*, que capacita o sujeito normal do sentimento da sua unicidade, e de se poder dirigir a si mesmo”. Este descreve-se como um fenómeno manifestado por “uma perplexidade extrema no que toca à identidade própria do sentido da existência”, a que se associavam tanto ideias delirantes como experiências de passividade e influência externa. A perturbação do *self* foi eliminada completamente com a publicação do DSM-IV [22], sem qualquer referência posterior a este tipo de vivências.

Nos últimos anos as perturbações do *self* têm sido resgatadas por novos grupos de estudo, propondo estabelecer este tipo de fenómenos como cerne da esquizofrenia. Na linha dos trabalhos apresentados, estas poderiam constituir um novo ponto de partida para a construção da compreensão esquizofrénica e da origem dos seus delírios bizarros. O termo *self* abunda em descrições, mas carece ainda hoje de uma verdadeira definição psicológica do conceito.

As actuais corrente psicopatológicas seguem os critérios formais de Jaspers, reorganizando-os em dois tipos de *self* [49]:

- 1) *Self* mínimo. Diz respeito a uma dimensão espacial do *Eu*. É um nível pré-reflectivo e tácito do *Eu*, nuclear à experiência da existência. É noção unitária e de limites do *Eu*, de propriedade de pensamentos e acções. Estabelece consequentemente uma base referencial centrada no sujeito, numa consciência implícita de que toda a experiência se articula numa perspectiva de primeira pessoa. Este é o *self* básico que

constitui os alicerces de todos os *selfs* que posteriormente se podem construir. Corresponde ao critério 1, 2 e 4 de Jaspers. [50,51]

2) *Self* narrativo. Diz respeito a uma dimensão temporal do *Eu*, em que o indivíduo se identifica com a sua história e o seu passado (eu sou o mesmo que fui há uma hora atrás). É o *self* social, onde se reflecte a personalidade, o estilo de vida, a auto-imagem ou a auto-estima. Frequentemente envolve processos reflectivos e metacognitivos. Corresponde ao critério 3 de Jaspers. [51-53]

## **6.2 Manifestações das Perturbações do *Self* Mínimo**

As recentes correntes de estudo em psicopatologia e fenomenologia identificam as perturbações do *self* mínimo como perturbação fundamental na esquizofrenia. Como base de todos os sintomas observados estará uma perda da unidade e propriedade do *Eu* e da estrutura da experiência. [5,54-57] Esta alteração pode ser por sua vez compreendida em três domínios:

### **6.2.1 Hiper reflexividade**

Refere-se a um aumento da consciência da experiência individual, podendo conceptualizar-se como um sintoma psicopatológico constituído por duas faces: uma hiper reflexividade primária, ou operativa, e uma secundária, ou reflectiva/compensatória. [58,59]

A hiper reflexividade primária caracteriza-se por uma experiência em que acções próprias, não intelectuais, e normalmente ‘silenciosas’ num fundo experiencial, são alvo de perturbações proprioceptivas. Para perplexidade do indivíduo estas suas acções surgem como objectificadas e externalizadas, manifestando-se por exemplo como experiências cinestésicas. Este fenómeno ocorre tanto no domínio motor como a nível do pensamento, onde uma concentração exagerada no “*meio transparente do pensamento*” e do discurso interno pode ser experienciado como quase alucinatório. [60,61]

Na experiência normal tem-se a sensação de propriedade do próprio corpo, assim como de agência do movimento que este sofre. O corpo tanto é seu como sua é a acção que o move.<sup>[60,62-66]</sup> Estas duas dimensões estabelecem-se entre um aferente – a sensação do corpo que se possui e se sente como próprio – e um eferente – a acção que induzimos a este corpo. A relevância desta interacção torna-se significativa na distinção entre estímulos propioceptivos e os estímulos exteroceptivos. Na hiper reflexividade primária, ou operativa, existe uma fractura nestas dimensões e uma quebra da sua interdependência.<sup>[60,63-65,67]</sup>

A hiper reflexividade secundária, ou reflectiva centra-se mais em processos intelectuais, colocando o indivíduo como constante observador da sua acção e experiência. A hiper reflexividade operativa, ao condicionar uma saliência das acções próprias no campo perceptivo, implica também um sentido de necessidade de reflexão sobre estas. O indivíduo torna-se introspectivo e as rumações sobre a própria experiência acabam por infiltrar a sua vivência, sobrepondo-se à sua relação natural com o mundo exterior e levando a um eventual isolamento. Existe uma transformação da introspecção retrospectiva, natural, numa introspecção simultânea ou instantânea.<sup>[68]</sup> A experiência deixa de ser a de um mundo vivido para passar a ser a de um mundo pensado.

### **6.2.2 Diminuição da presença do *Eu* (*self-presence* / *self-affection*)**

Esta característica da perturbação do *self* refere-se a um sentido enfraquecido de existir como sujeito vital da apreensão. O indivíduo perde a propriedade e centralidade dos seus pensamentos, experiências e acções. Existe um apagamento do centro do sistema referencial de orientação experiencial no mundo.<sup>[56,69]</sup> Por isso se torna possível na hiper reflexividade secundária a colocação do indivíduo como observador da própria experiência. Este é um aspecto que depende igualmente de uma integração perceptual intermodal, de uma correcta comunicação neuronal entre aferente e eferente, entre significado e significante, entre causa e efeito.<sup>[70]</sup> Para existir uma presença do *Eu* é necessário existir uma união entre aquele em que

se imprime a experiência e aquele que a percebe, ou como Jaspers poderia dizer, entre o indivíduo que resiste à realidade e a realidade que lhe oferece resistência.<sup>[2]</sup>

“A presença alterada é muitas vezes evidente no espectro da esquizofrenia, com o sentido característico de que a experiência não está mais saturada pelo *self*,<sup>[71]</sup> que pelo contrário se mantém alienado de si próprio. Os doentes podem descrever vários modos de despersonalização ou desrealização, um sentimento de vácuo interno, e uma capacidade reduzida para ser afectado ou influenciado por eventos ou outras pessoas.”<sup>[72]</sup>

Identifica-se aqui a mesma perda do *cogito* identificada por Jaspers como peça chave na incompreensibilidade dos delírios do esquizofrénico.<sup>[73]</sup> A proposição cartesiana “*penso logo existo*” deixa de ter tempo verbal, e o referencial solipsístico essencial da experiência é transformado, ou simplesmente atenuado, apagado. Com isto, uma das estruturas básicas da experiência do mundo é fracturada, distanciando-se da normal compreensibilidade do indivíduo. O delírio assume uma forma bizarra, cuja origem se situa entre a percepção e interpretação, no vazio deixado pelo *self* ausente. Mesmo que fenomenologicamente compreensível, ou redutível, à luz de uma perturbação do *self*, a experiência deverá ser inconcebível, e por isso bizarra, para o indivíduo saudável.

### **6.2.3 Saliência Aberrante (*Disturbed grip*)**

Neste aspecto da perturbação do *self* observa-se uma fragmentação do regime de priorização estabelecido inconscientemente pelo indivíduo para o seu campo perceptual. A priorização é fruto das necessidades e desejos, tanto intelectual como instintiva,<sup>[72,74]</sup> e parte do chamado valor de *affordance*. Este corresponde ao valor funcional, isto é, à significância que atribuímos a um determinado objecto ou componente da realidade, dependente do contexto em que se insere.<sup>[73,75]</sup>

Um exemplo desta priorização é uma conversa de amigos a uma mesa de café, em que o foco de atenção estará centrado primeiro nos amigos, depois nas pessoas que estão à volta, no telemóvel que está no bolso, e assim sucessivamente até a um cenário de fundo mais despercebido. No entanto, se no meio desta situação alguém do café partir um copo, o som do vidro a partir colocará este acidente como foco principal de atenção, ganhando esse estímulo a eventual *affordance* de potencial perigo a que o indivíduo precisa de reagir e reordenando essa priorização na experiência.

A ordem de atenção encontra-se habitualmente fracturada na esquizofrenia. O paciente descreve que os objectos sobressaem de modo estranho na realidade, ou lhes é impressa um significado inato e enigmático <sup>[6]</sup>. Voltando à situação do café, um doente poderia ter o seu foco de atenção num candeeiro, que o atrai de forma inespecífica, e não no amigo que tem à sua frente, conduzindo a uma instabilidade total da organização experiencial do indivíduo. O valor de *affordance* pode estar alterado de modo a que, mesmo observando o objecto sem qualquer alteração do ponto de vista perceptual, o indivíduo não lhe reconhece o significado. Estabelece-se um paralelo como quando um indivíduo visita uma tribo isolada e, observando os seus utensílios, lhes reconhece uma utilidade mas não a sabe definir, surgindo como um “*objecto puro*”<sup>[76]</sup>. Do mesmo modo, objectos e estímulos sensoriais do dia-a-dia, como um martelo ou um assobio, podem perder a sua significância, tornando-se enigmáticos, e fracturando a hierarquia experiencial e a relação do *self* com o mundo.

*“Neste estado, a moldura contextual regride a favor da simples existência. Esta experiência pode ser caracterizada por um sentimento de náusea e horror (juntamente com um sentido de deslumbramento) perante a arbitrariedade das coisas.”* <sup>[76]</sup>

A perda de senso comum, apontada por Blankenburg como “*característica essencial da esquizofrenia*” <sup>[77-79]</sup>, pode ser consequência desta saliência aberrante e do enfraquecimento do

valor de *affordance*.<sup>[80]</sup> Se o senso comum para Blankenburg é a capacidade para ver as coisas na perspectiva correcta, distinguindo entre o que é relevante e irrelevante, provável e improvável, então a fractura da priorização observada impossibilitará também este senso comum como capacidade mais elementar de distinguir entre o que é verdade e o que é falso.<sup>[76]</sup> O fenómeno descrito sustenta uma absorção, em linha com a hiper reflexividade, que pode levar à sobreposição de uma realidade individual (imaginada) com a realidade partilhada (verdadeira). Um enfraquecimento do senso comum fractura a ligação do indivíduo aos outros e ao mundo. A erosão da influência educativa e orientadora do contexto associa-se à fragmentação da estrutura da compreensão quotidiana, a que está subjacente a formação e manutenção do delírio.<sup>[76]</sup> Os delírios da esquizofrenia encontram-se-ão numa diferente esfera experiencial, correspondente à esfera da incompreensibilidade empática de Jaspers, e que os condiciona como bizarros.

### 6.3 Perturbações do *Self* e Humor Delirante

À luz da perda dos valores de *affordance* e da alteração da experiência proprioceptiva, existe uma alteração na atmosfera e na intensidade dos sentidos. A sensação de que “*tudo recebe um novo sentido*” pode traduzir esta fractura na ordem natural da atenção. Nos delírios primários Jaspers refere-se uma particularidade *uncanny* observada neste humor,<sup>[2]</sup> em que é possível identificar os três aspectos da perturbação do *self*.

*“As placas estão tortas, as ruas parecem suspeitas; tudo acontece tão depressa. O cão arranha estranhamente a porta. ‘Reparei especialmente’ é a frase recorrente nestes doentes, ainda que não consigam explicar porque repararam tão especialmente no referido, nem de que suspeitam”.* <sup>[2,81]</sup>

O conceito de incompreensibilidade de Jaspers impede-o de oferecer uma explicação para aquilo que ocorria. Com a noção de perturbações do *self*, esta incompreensibilidade pode parecer ultrapassada. Os fenómenos da diminuição da presença do *self*, da hiper reflexividade

e da saliência aberrante parecem explicar esta vivência delirante primária, após o filtro comunicativo do indivíduo, são assumidos pelo clínico como critérios diagnósticos. Altera-se o conceito de incompreensível para o de inconcebível, em que se assume uma compreensão do fenómeno sem contudo ter capacidades empáticas ou experienciais para o conceber do mesmo modo que o indivíduo delirante. O carácter inconcebível limita assim o clínico a uma aproximação, nunca lhe concedendo uma total compreensão (porque vivenciada) da experiência desse indivíduo. Se por um lado se pode assumir que, com a sua desconstrução, a incompreensibilidade dos delírios esquizofrénicos deixa de fazer sentido, por outro, o seu carácter inalcançável e inconcebível fazem jus ao conceito de incompreensível de Jaspers, que por isso se mantém aqui como critério específico na descrição fenomenológica do delírio bizarro.

## 7. Novas ferramentas para a compreensão do delírio bizarro

### 7.1 EASE – *Examination of Anomalous Self Experiences*

Em 2012 foi publicada a que, até à data, é a mais fiável e completa entrevista de avaliação do *self* – a EASE: Exame das Experiências Anómalas do *Self* <sup>[6]</sup>. Fruto de novos estudos psicopatológicos, foi construída com um “*objectivo de descrição e predominantemente qualitativo, ambicionando um relato detalhado de fenómenos que têm em comum um sentido algo deformado da perspectiva de primeira pessoa*” <sup>[81]</sup>. Com o seu formato de entrevista semiestruturada, é redutível a uma visão padronizável (e também quantitativa) capaz de suportar um estudo detalhado sobre as perturbações do *self*, dando continuidade à teoria do *self* como factor primário e critério específico de esquizofrenia.

A EASE parte de entrevistas realizadas a doentes com perturbações do espectro da esquizofrenia ao longo de 4 anos no Departamento do Hospital de Hvidovre, resultando em vários estudos prévios sobre *self* e esquizofrenia, e sobre o *self* como diferenciador entre esquizofrenia. A estes se associaram referências da literatura psicopatológica clássica (referenciando Pierre Janet, Hans Gruhle, Josph Berza, Eugène Minkowski e Wolfgang Blankenburg). A entrevista é derivada também em parte da pré-existente escala de Bonner (*Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen*), onde se refere uma noção de “sintomas básicos” e já contempla itens descritivos de perturbações do *self*, muitos dos quais presentes nesta nova escala. Partindo destes, na EASE o foco dá-se exclusivamente nestas perturbações e numa descrição detalhada de cada uma das suas manifestações.

A EASE assume-se desde logo como não sendo um instrumento diagnóstico, evitando a submissão à objectividade que tal implica. Através da exploração fenomenológica das perturbações do *self*, propõe abrir novos campos na compreensão da evolução da doença não apenas através das manifestações floridas e observáveis por terceiros, pela sua quebra na funcionalidade ou por critérios subjectivos. A compreensão destes fenómenos pode quebrar

inclusivamente possíveis barreiras comunicativas entre médico e doente, mostrando esforço e a vontade por compreender o aparentemente incompreensível, indo além do secundário. Muitas vezes a reflexão conjunta sobre a própria experiência é estranha ao doente, podendo contribuir para um menor sentimento de solidão.

*“Estas experiências a que nos dirigimos aqui são frequentemente tão estranhas ao doente que este nunca as partilhou com mais ninguém, nem aos seus confidentes mais próximos. As experiências podem ser transitórias, talvez mesmo roçando o inefável.”* [6]

A dificuldade na expressão destas experiências é traduzida por uma incapacidade de “voltar a descrever a experiência em diferentes ocasiões com exactamente os mesmos termos” e num frequente recurso à metáfora. Esta dificuldade deve-se ao facto de os doentes muitas vezes considerarem estas experiências como “unicamente do foro privado”, ao contrário das alucinações auditivas, por exemplo, que pertencem a um conhecimento comum sobre a esquizofrenia e facilmente “aceitável”. A incompreensibilidade de Jaspers não se aplica unicamente ao clínico, inapto de conceber o universo formulado pelo doente, mas ao próprio doente que, como descrito nos delírios primários, se depara perplexo e atemorizado com a experiência.

*“O paciente vê assim estas experiências como embaraçosas, inumanas ou profundamente perturbadoras.”* [6]

O estudo deste tipo de experiências e o seu contraste com o reflexo destas mesmas experiências em populações não clínicas podem conduzir a uma normalização destes fenómenos, e a uma possível diminuição da ansiedade e perturbação destes doentes.

## **7.2 EASE, High Risk e Delírios Primários**

A bizarria dos delírios primários de Jaspers encontra na psiquiatria moderna um paralelo no estados de *High Risk* (HR) e *Ultra-High Risk* (UHR) para psicoses e na fase prodrómica ou

pré-mórbida da esquizofrenia. Como na experiência primária de Jaspers, ou no *trema* de Conrad, existe também aqui um conjunto experiencial que é já diferente da realidade e antecede a *apofania*, ou a estruturação de delírios secundários que o suportem. Apenas parte dos doentes destes grupos transitam para um diagnóstico de esquizofrenia, pelo que são necessárias ferramentas fiáveis para perceber o fenómeno e para prever a sua evolução para uma morbidade. A compreensão e predição deste fenómeno é de extrema utilidade não só pela abordagem terapêutica a estes doentes, como pela diminuição do peso que o risco tem para cada um destes indivíduos, condicionados pela ansiedade e incerteza com que este diagnóstico se faz acompanhar. Através destes estudos pode reduzir-se a inclusão de casos falsos positivos em amostras UHR. <sup>[82]</sup>

A correlação entre as perturbações do *self* e estados prodrómicos da esquizofrenia ou grupos HR e UHR é há muito conhecida, especialmente através de estudos com a escala de Bonne (BSABS), presente em vários estudos prospectivos e de seguimento. A implementação da EASE permitiu um aprofundar deste estudo, confirmando as perturbações do *self* como factor de valor preditivo em sintomas e síndromes prodrómicas <sup>[83]</sup> e como potencial marcador de risco de esquizofrenia. Estes estudos encontram-se compilados na Tabela 1.

Tabela 1: Estudos empíricos utilizando a EASE em doentes HR e UHR

Nome	Objectivo	Amostra	Resultado
Koren D et al (2016) <sup>[84]</sup>	Avaliar com que extensão estes resultados podem ser generalizados à população total de adolescentes em risco de psicose	Adolescentes (13-15 anos) sem procura de ajuda médica, na comunidade. <b>N = 100</b>	Correlação significativa entre perturbações do <i>self</i> e sintomas psicóticos clínicos ( $r=70$ , $P < 0.0001$ ). As perturbações do <i>self</i> eram o factor unitário com maior correlação prognóstica de sintomas e síndromes prodrómicas
Comparelli A et al (2016) <sup>[85]</sup>	Explorar a relação entre experiências anormais de <i>self</i> e sintomas prodrómicos, neuro-cognição e funcionamento global	Adolescentes e jovens adultos (15-25 anos) no primeiro contacto com serviços públicos de saúde mental <b>N = 45</b>	Perturbações do <i>self</i> estão presentes em fases iniciais da esquizofrenia e relacionados com a funcionamento global do indivíduo. Podem constituir um potencial marcador de risco que suplemente a abordagem a doentes UHR.
Parnas J et al (2016) <sup>[86]</sup>	Avaliar o valor preditivo dos perturbações do <i>self</i> numa população pré-mórbida e não clínica.	Crianças (idade média = 15 anos) com alto risco genético de esquizofrenia. Reavaliação após 10 e 25 anos. <b>N = 212</b>	Verificou-se que as perturbações do <i>self</i> previam significativamente diagnósticos de espectro da esquizofrenia num coorte de HR.
Koren D et al (2013) <sup>[87]</sup>	Explorar a correlação entre perturbações do <i>self</i> e sintomas prodrómicos subclínicos avaliados pelo <i>Prodrommal Questionnaire</i> <sup>[88]</sup>	Adolescentes (14-18 anos) com procura de ajuda médica, não psicóticos <b>N = 82</b>	Sobreposição moderada entre perturbações do <i>self</i> e sintomas pré-mórbidos. Os dois representam dimensões distintas, mas moderadas e relacionadas de potencial de risco, e podem complementar os actuais métodos detecção.
Nelson et al (2012) <sup>[82]</sup>	Comparar a distribuição de perturbações do <i>self</i> em doentes UHR em comparação com o grupo controlo. Avaliar o valor preditivo do score EASE para transição para psicose no grupo UHR, num seguimento médio de 569 dias.	Doentes UHR para psicose <b>N= 49</b> Controlo <b>N = 52</b>	As perturbações do <i>self</i> têm uma prevalência significativa no grupo UHR (média do score EASE = 42.02) em comparação com o grupo controlo (média score EASE= 2.37)  No seguimento, verificou-se que o score total da EASE, assim como o do domínio 1 e 2, são preditores de transição para perturbação psicótica.

Davidsen KA (2009) [89]	Verificar a prevalência de perturbações do <i>self</i> em doentes que preenchessem o <i>Criteria of Prodromal Syndromes</i> .	Doentes em <i>Criteria of Prodromal Syndromes</i> <b>N = 11</b>	Em todos os doentes entrevistados foram identificadas perturbações do <i>self</i> .
-------------------------------	---	--	---

É importante notar que o doente deve estar estabilizado e nunca deve ser entrevistado durante a fase activa de um episódio psicótico. A EASE é uma entrevista que analisa fenómenos do tipo *traço* do indivíduo (vs estado), e não experiências fugazes ocorridas unicamente durante episódios psicóticos. É essencial questionar sobre se a experiência é algo que marca a vida da pessoa e o seu dia-a-dia, mais do que simples memórias episódicas. A entrevista pretende captar a vivência primária, a base experiencial que conecta o indivíduo ao mundo. Este carácter da entrevista contribui para o potencial compreensivo na identificação de indivíduos UHR ou com maior prognóstico de esquizofrenia.

### 7.3 *Self* e percepção nas novas abordagens ao diagnóstico de esquizofrenia

A incursão na subjectividade do doente, isto é, na forma como este vive o delírio parece ser uma nova e interessante abordagem (como a realizada na EASE) na tentativa de encontrar novos dados para a caracterização deste fenómeno. Estes, apesar de complexos e inexplorados, podem, se identificados e clarificados, contribuir para uma maior compreensão não só do fenómeno delirante em si, como do próprio núcleo da esquizofrenia. Os DSM-III e IV atribuem ao bizarro a impossibilidade de ser compreendido por um terceiro elemento. Porém atender à experiência do próprio pode trazer-nos alterações em si primordiais a esta experiência, removendo o “bizarro” da bizarria isto é, ser compreensível ou desconstruído num conjunto de outras anomalias, nomeadamente as da experiência do *self*. Aumentar o espectro de fenómenos a serem avaliados no exame psicopatológico parece uma abordagem menos redutora e mais capaz de atender à realidade do doente, centrada na forma como este vive a sua doença. Ainda

que assumindo-se desde o início como não sendo um instrumento diagnóstico, a EASE e este tipo de estudos constituem ferramentas que o complementam e potenciam uma melhor acção clínica e domínio da perturbação.

Hoje a introdução de novos conceitos sobre as perturbações sobre a percepção desafia o conceito de Jaspers e Schneider de uma percepção inalterada na experiência delirante primária, assim como do *self* como agente nuclear da esquizofrenia. Mantendo a presença desta vivência primária como uma transformação experiencial da relação entre o sujeito e o mundo, alguns autores propõem uma disfunção na integração multissensorial como base para uma incoerência perceptual, análoga às alterações da experiência do *self*. Neste caso, alterações perceptuais do indivíduo levariam à criação de um *vácuo sensorial*, preenchido com a criação de novas experiências imaginárias ou com a recuperação de substitutos a partir de outros níveis mentais, num aumento excessivo das sensações normais de fundo <sup>[90]</sup>, como verificado no delírio primário de Jaspers e nas perturbações da ipseidade.

O enfoque dado à experiência global na esquizofrenia motivou um redireccionamento para um estudo mais alargado desta, resultando na proposta de uma nova escala semiestruturada chamada *EAW* – *Examination of Anomalous World Experience* (Exame da Experiência Anómala do Mundo) <sup>[91]</sup>. Dividida em seis domínios (espaço e objectos, tempo e eventos, outras pessoas, linguagem, atmosfera e orientação existencial) engloba muitos dos itens da EASE, aceitando desde logo uma integração deste modelo de perturbações do *self* na experiência anómala do mundo, assim como da BSABS e dos estudos de Jaspers sobre as experiências anómalas de espaço e tempo <sup>[91]</sup>. A partir dos estudos consequentes, a *EAW* poderá constituir uma nova ferramenta na compreensão fenomenológica do delírio esquizofrénico. A redefinição de bizarro poderá passar pela apreensão deste tipo de fenómenos experienciais, e pela inserção numa esfera compreensiva comum destes fenómenos tão distintos da experiência habitual.

## 8. Conclusão

Nas suas várias publicações, até ao DSM-5, o conceito de bizarro quando aplicado ao delírio assume um carácter de sintoma cardinal e específico para o diagnóstico de esquizofrenia. Contudo, as constantes variações na definição do conceito em cada publicação e a subjectividade latente na sua análise nunca alcançaram um carácter suficientemente sólido para a sua aplicabilidade diagnóstica. Vários estudos demonstram que o critério de presença de delírio bizarro, tal como descrito no DSM-III, III – R e IV, não tem peso diagnóstico suficiente. Os estudos apresentados apresentam uma baixa IRR (*Inter-Rater Reliability*), com resultados muito distintos. Os critérios de bizarria destes estudos são vários e nem sempre os do DSM, o que por um lado explica a baixa IRR e por outro é indicativo da variabilidade de abordagens e de critérios de definição do mesmo conceito quando aplicados à prática clínica. Todos os critérios usados diziam respeito ao conteúdo dos delírios. Na sua maioria o delírio, como sintoma geral, será específico e significativo no diagnóstico de esquizofrenia, mas não o delírio bizarro, que apresenta baixa fiabilidade e peso diagnóstico.<sup>[19,92-99]</sup> Verificando-se que a “*fiabilidade [diagnóstica] dos delírios bizarros depende mais das condições experimentais que das definições*”.<sup>[18]</sup> As conclusões das revisões da literatura eram consensuais no que toca à remoção do carácter especial dos delírios bizarros nos critérios A de diagnóstico do DSM-5, ou mesmo da remoção total da menção a delírios bizarros <sup>[18,31]</sup>, tal como se veio a verificar com a sua publicação.

O abandono do conceito de delírio bizarro tal como definido nos anteriores DSM como critério diagnóstico de esquizofrenia não deve contudo fazer-se acompanhar por um igual abandono de toda a referência à visão fenomenológica do delírio bizarro como delírio específico de esquizofrenia. A revisão da obra de Jaspers e Schneider mostra que, na procura de uma definição para este delírio bizarro, muito se perdeu entre o descrito inicialmente e o postulado nos critérios da APA. Os conceitos de delírio primário e de percepção delirante implicam ideias

e concepções que ainda hoje são de relevo na análise do fenómeno do delírio bizarro, nomeadamente a perturbação entre a percepção e o juízo que impossibilita uma estruturação normal do pensamento. Ambos os psicopatologistas falam de uma perturbação na forma, para além do conteúdo do delírio, que distinguiria este tipo de fenómenos.<sup>[1,2]</sup> De todos os critérios para definição do delírio bizarro segundo esta orientação, o mais fiel é a incompreensibilidade de Jaspers. Um maior enfoque nesta incompreensibilidade primária e essencial ao delírio, como fractura na relação empática do doente com o mundo, pode contribuir para uma maior compreensão do fenómeno delirante na esquizofrenia, e no contacto entre médico e doente.

O estudo das perturbações do *self* oferece uma nova perspectiva sobre a forma e a vivência delirante primária e a incompreensibilidade essencial, caminhando para uma melhor definição do delírio bizarro como específico de esquizofrenia. Um conhecimento mais aprofundado destas experiências pode ajudar a um diagnóstico mais precoce, com melhor definição de estados de HR e UHR e do prognóstico a eles associados, da variabilidade do fenómeno em familiares e indivíduos assintomáticos. Estão já estabelecidas várias pontes neurobiológicas com as descrições psicopatológicas das experiências anómalas do *self*, nomeadamente a nível da perturbação da propriocepção e da saliência aberrante.<sup>[49,58,60,76,100]</sup>

Novos estudos utilizando a EASE apontam ainda para a presença de experiências anómalas de *self* em doentes com perturbações de ansiedade e de pânico, o que pode indicar que estes não serão exclusivos de esquizofrenia, contrariando a tendência até aqui assumida.<sup>[101]</sup> Como no conteúdo do delírio, também aqui se pode tratar de uma questão não quantitativa mas qualitativa, com possíveis diferentes padrões de experiência de *self* a serem atribuídos a cada diagnóstico. A associação destas experiências com os estudos da alteração da percepção e a nova escala EAWE podem ajudar a solidificar estes conceitos como nova ferramenta diagnóstica de esquizofrenia.

O abandono do conceito de bizarro e da fenomenologia no DSM-5 deverá, no futuro, fazer-se substituir por um novo enfoque aos estudos psicopatológicos actuais. A eliminação do conceito de bizarro como previamente descrito justifica-se com um afastamento da subjectividade do clínico, caminhando para uma maior objectividade dos critérios diagnósticos. Este trabalho defende que, em seu lugar, deve impor-se um maior relevo da subjectividade do doente e uma maior atenção ao fenómeno delirante. O psiquiatra não deve analisar somente as manifestações sintomáticas imediatas, mas compreender a relação empática própria inerente ao delírio da esquizofrenia, traduzida na sua incompreensibilidade. O futuro do diagnóstico da esquizofrenia deverá passar por uma integração dos critérios diagnósticos do DSM-5 com os conceitos psicopatológicos actuais, centrados nas perturbações do *self* e na definição de um delírio que faça jus à correcta vivência primária da esquizofrenia. Schneider foi criticado por ter moldado uma nova síndrome esquizofrénica com os seus sintomas de esquizofrenia. A psiquiatria do DSM-5 deve encarar o abandono das síndromes artificiais como uma procura pela verdadeira esquizofrenia, reconhecida através dos relatos dos doentes, com o tempo necessário para uma correcta escuta e acompanhamento das suas experiências, e uma cuidada análise dos fenómenos e das suas experiências subjectivas.

## **Agradecimentos**

Ao Professor Pio Abreu, por me ter iniciado a uma psiquiatria onde “ainda está tudo por fazer” e orientado com confiança, liberdade e visão de futuro.

Ao Luís Madeira, pela inspiração, incansável suporte e valiosa amizade.

Aos meus pais, por serem os tijolos que me constroem.

Aos meus avós, a quem devo a sensibilidade humana.

Ao João da Eira, pela sintonia e pelo ritmo.

Ao Toni, pela paciência e dedicação.

À Ana, pela fasquia.

Ao Zé e ao João, porque não podiam deixar de estar aqui (como nunca hão de deixar de estar comigo).

## Referências Bibliográficas

1. Schneider K. *Patopsicología Clínica*. 6th ed. Madrid: Editorial Paz Montalvo; 1963.
2. Jaspers K. *Psicopatologia Geral*. 9th ed. Livraria Atheneu; 1979.
3. DSM 5. American Psychiatric Association; 2013.
4. DSM-IV-TR. American Psychiatric Association; 2000.
5. Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness and the self. *Schizophr Bull* 2003;29.
6. Parnas J, Møller P, Kircher T, Thalbitzer J, Jansson L, Handest P, et al. EASE: Examination of anomalous self-experience. *Psychopathology* 2005;
7. *Diagnostic and Statistic Manual: Mental Disorders*. American Psychiatric Association; 1952.
8. Meyer A. The Problems of Mental Reaction-Types, Mental Causes and Diseases. *Psychol Bull* 1908;(5):254–5.
9. DSM III. American Psychiatric Association; 1980.
10. Hecker E. Die Hebefrenie. In: *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin*. 1871.
11. Kahlbaum K. *Die katatonie oder das spannungsirresein*. Berlin: Klinische Abhandlungen uber psychische Krankheiten; 1874.
12. Morel B. *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l’espèce humaine*. Paris: J-B- Balliere; 1857.
13. Kraepelin E. *Psychiatrie*. 1st ed. Leipzig: Barth; 1883.
14. DSM II. American Psychiatric Association; 1968.
15. Foucault M. *Birth of the Clinic: an Archaeology of the Medical Perception*. New York: Random House USA Inc; 1963.
16. DSM III-R. American Psychiatric Association; 1987.
17. Fenton WS, McGlashan TH HR. A comparison of DSM-III and DSM-III-R schizophrenia. *Am J Psychiatry* [Internet] 1988 [cited 2017 Mar 8];145(11):1446–9. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.145.11.1446>
18. Cermolacce M, Sass L, Parnas J. What is bizarre in bizarre delusions? A critical review. *Schizophr. Bull.* 2010;
19. Flaum M, Arndt S, Anreasen N. The reliability of “bizarre” delusions. *Compr Psychiatry* 1991;32.
20. Spitzer R, First M, Kendler K, Stein D. The reliability of three definitions of bizarre delusions. *Am J Psychiatry* 1993;150.
21. Rossi M, Stanghellini G. Influencing and being influenced: the other side of “bizarre delusions”. *Psychopathology* 1993;26.
22. DSM IV. American Psychiatric Association; 1994.
23. Pio Abreu JL. *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*. 6th ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2008.
24. Hagen F. *Fixe Ideen*. Studien auf dem Gebiete der arztlichen Seelenkunde. Erlangen; 1870.
25. Kraus A. *Karl Jaspers on Primary Delusional Experiences of Schizophrenics: His*

- Concept of Delusion Compared to That of the DSM. In: Karl Jaspers: Phenomenology and Psychopathology. Springer-Verlag; 2013.
26. Straus E. Vom Sinn der Sinne. Ein Beitrag zur Grundlegung der Psychologie. Berlin: Springer; 1978.
  27. Kety SS. The syndrome of schizophrenia: unresolved questions and opportunities for research. *Br J Psychiatry* 1980;136 (5).
  28. Sass LA. Delusion and Double Book-Keeping. In: Karl Jaspers: Phenomenology and Psychopathology. Springer-Verlag; 2013.
  29. Casey E. *Imagining: A phenomenological study*. Bloomington: Indiana University Press; 2000.
  30. Spitzer M. On defining delusions. *Compr Psychiatry* 1990;(31).
  31. Mullen RM. The Problem of Bizarre Delusions.
  32. Madeira L, Cutting J. Phenomenological differences of delusions in schizophrenia, mania and depression.
  33. Kendler K. Are there delusions specific for paranoid disorders vs schizophrenia? *Schizophr Bull* 1980;(6).
  34. DSM III.
  35. Bleuler E. *Dementia Praecox: Or the Group of Schizophrenias*. New York: International Universities Press; 1911.
  36. Parnas J. *A Disappearing Heritage : The Clinical Core of Schizophrenia*.
  37. Parnas J, Henriksen MG. Subjectivity and schizophrenia: Another look at incomprehensibility and treatment nonadherence. *Psychopathology* 2013;
  38. Rümke H. The nuclear symptom of schizophrenia and the praecox feeling. *Hist Psychiatry* 1990;1.
  39. Tellenbach H. *Geschmack und Atmosphäre*. Muller. Salzburg: 1968.
  40. Wyrsh J. Über die Intuition bei der Erkennung der Schizophrenen. In: *Schweizerische Med Wochenschrift*. 1946.
  41. Minkowski E. *La Schizophrénie. Psychopathologie des Schizoïdes et des Schizophrènes*. Paris: Payot; 1927.
  42. Müller-Suur H. Das Gewissheitsproblem beim schizophrenen und beim paranoischen Wahnerleben. *Fortschritte der Neurol Psychiatr under ihrer Grenzgebiete* 1950;18.
  43. Conrad K. *Die Beginnende Schizophrenie Versuch Einer Gestaltanalyse Des Wahns*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 1958.
  44. Pio-Abreu JL. Clínica e investigação da esquizofrenia: um desafio contemporâneo. *Saúde Ment* 2000;II(3).
  45. Henriksen MG. On incomprehensibility in schizophrenia. *Phenom Cogn Sci* 2013;(12).
  46. Kapusta A. Theory of incomprehensibility' – the social and biological determinants of mental disorders. *Ann Agric Environ Med* 2013;20(4).
  47. Read R. On approaching schizophrenia through Wittgenstein. *Phylosophical Psychol* 2001;14.
  48. Thornton T. Wittgenstein and the limits of empathic understanding in psychopathology. *Int Rev Psychiatry* 16AD;

49. Nelson B, Raballo A. Basic Self-Disturbance in the Schizophrenia Spectrum: Taking Stock and Moving Forward. *Psychopathology* 2015;
50. Parnas J. Self and schizophrenia: a phenomenological perspective. In: *The Self in Neuroscience and Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
51. Zahavi D. *Subjectivity and Selfhood: Investigating the First-Person Perspective*. Cambridge: MIT Press; 2005.
52. Goldman A. *Simulating Minds: The Philosophy, Psychology, and Neuroscience of Mindreading*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
53. Damásio A. *The Feeling of What Happens: Body, Emotion and the Making of Consciousness*. London: Vintage; 2000.
54. Nelson B, Parnas J, Sass LA. Disturbance of minimal self (ipseity) in schizophrenia: Clarification and current status. *Schizophr. Bull.*2014;
55. Parnas J. The core gestalt of schizophrenia. *World Psychiatry* 2012;11.
56. Sass LA. Self-disturbance and schizophrenia: structure, specificity, pathogenesis (current issues, new directions). *Schizophr Res* 2014;2014.
57. Parnas J, Handest P, Jansson LB, Saebye D. Anomalous subjective experience among first-admitted schizophrenia spectrum patients: empirical investigation. *Psychopathology* 2005;38.
58. Nelson B, Lavoie S. What are the neurocognitive correlates of basic self-disturbance in schizophrenia?: Integrating phenomenology and neurocognition. Part 1 (Source monitoring deficits). *Schizophr Res* 2013;
59. Sass LA, Parnas J. *Explaining schizophrenia: the relevance of phenomenology*. New York: Oxford University Press; 2007.
60. Borda JP, Sass LA. Phenomenology and neurobiology of self disorder in schizophrenia: Primary factors. *Schizophr Res* 2015;169:464–73.
61. Allen P, Aleman A, McGuire P. Inner speech models of auditory verbal hallucinations: evidence from behavioural and neuroimaging studies. *Int Rev Psychiatry* 2007;19(4).
62. Berlucchi G, Aglioti S. The body in the brain: neural bases of corporeal awareness. *Trends Neurosci* 1997;20(12).
63. Schwabe L, Blanke O. Cognitive Neuroscience of Ownership and Agency. *Conscious Cogn* 2007;16(3).
64. Synofzik M, Vosgerau G, Newen A. I move, therefore I am: a new theoretical framework to investigate agency and ownership. *Conscious Cogn* 2008;17(2).
65. Tsarikis M, Schutz-Bosbach S, Gallagher S. My body in the brain: a neurocognitive model of body-ownership. *Neuropsychologia* 2007;48(3).
66. Van der Bos E, Jeannerod M. Sense of body and sense of action both contribute to self-recognition. *Cognition* 2002;85(2).
67. Tsarikis M, Constantini M, Haggard P. On agency and body-ownership: phenomenological and neurocognitive reflections. *Conscious Cogn* 2007;16(3).
68. Nagai M, Motobayashi Y, Parnas J. The “schizophrenic” in the self-consciousness of schizophrenic patients. *Hist Psychiatry* 2016;
69. Sass LA, Parnas J, Zahavi. Phenomenological psychopathology and schizophrenia: contemporary approaches and misunderstandings. *Psychiatry Psychol* 2011;18(1).

70. Lallart E, Lallart X, Jouvent R. Agency, the sense of presence, and schizophrenia. *Cyberpsychol Behav* 2009;12(2).
71. Parnas J, Handest P. Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2003;44(2).
72. Nelson B, Fornito A, Harrison BJ, Yücel M, Sass LA, Yung AR, et al. A disturbed sense of self in the psychosis prodrome: Linking phenomenology and neurobiology. *Neurosci. Biobehav. Rev.*2009;
73. Sass LA, Byrom G. Self-Disturbance and the Bizarre: On Incomprehensibility in Schizophrenic Delusions. *Psychopathology* 2015;
74. Ratcliffe M, Broome M. Existential phenomenology, psychiatric illness and the death of possibilities. In: *Cambridge Companion to Existentialism*. 2012.
75. Gibson J. *The Ecological Approach to Visual Perception: Classic Edition*. Psychology Press; 2014.
76. Nelson B, Whitford TJ, Lavoie S, Sass LA. What are the neurocognitive correlates of basic self-disturbance in schizophrenia?: Integrating phenomenology and neurocognition. Part 2 (Aberrant salience). *Schizophr Res* 2014;
77. Blankenburg W. Approach to the psychopathology of common sense. *Confin Psychiatr* 1969;12(2).
78. Blankenburg W. *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit, Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmen. Switzerland: Schizophrenen*; 1971.
79. Blankenburg W, Mishara AL. First Steps Toward a Psychopathology of “Common Sense.” *Philos Psychiatry Psychol* 2001;8(4).
80. Stanghellini G. *Disembodied Spirits and Deanimated Bodies. The Psychopathology of Common Sense*. Oxford University Press; 2004.
81. Parnas J, Møller P, Kircher T, Thalbitzer J, Jansson L, Handest P, et al. EASE: Examination of anomalous self-experience. *Psychopathology* 2005;38(5):236–58.
82. Nelson B, Thompson A, Yung AR. Basic Self-Disturbance Predicts Psychosis Onset in the Ultra High Risk for Psychosis “Prodromal” Population. *Schizophr Bull* [Internet] 2012 [cited 2017 Mar 5];38(6):1277–87. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22349924>
83. Koren D, Lacoua L, Rothschild-Yakar L, Parnas J. Disturbances of the Basic Self and Prodromal Symptoms Among Young Adolescents From the Community: A Pilot Population-Based Study. *Schizophr Bull* [Internet] 2016 [cited 2017 Mar 5];42(5):1216–24. Available from: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article-lookup/doi/10.1093/schbul/sbw010>
84. Koren D, Lacoua L, Rothschild-Yakar L, Parnas J. Disturbances of the Basic Self and Prodromal Symptoms Among Young Adolescents From the Community: A Pilot Population-Based Study. *Schizophr Bull* [Internet] 2016 [cited 2017 Mar 5];42(5):1216–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26994115>
85. Comparelli A, Corigliano V, De Carolis A, Pucci D, Angelone M, Di Pietro S, et al. Anomalous self-experiences and their relationship with symptoms, neuro-cognition, and functioning in at-risk adolescents and young adults. *Compr Psychiatry* [Internet] 2016 [cited 2017 Mar 5];65:44–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26773989>

86. Parnas J, Carter J, Nordgaard J. Premorbid self-disorders and lifetime diagnosis in the schizophrenia spectrum: a prospective high-risk study. *Early Interv Psychiatry* [Internet] 2016 [cited 2017 Mar 5];10(1):45–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24725282>
87. Koren D, Reznik N, Adres M, Scheyer R, Apter A, Steinberg T, et al. Disturbances of basic self and prodromal symptoms among non-psychotic help-seeking adolescents. *Psychol Med* [Internet] 2013 [cited 2017 Mar 5];43(7):1365–76. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23084507>
88. Loewy RL, Bearden CE, Johnson JK, Raine A, Cannon TD. The prodromal questionnaire (PQ): Preliminary validation of a self-report screening measure for prodromal and psychotic syndromes. *Schizophr Res* [Internet] 2005 [cited 2017 Mar 5];79(1):117–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15905071>
89. Davidsen KA. Anomalous Self-Experience in Adolescents at Risk of Psychosis. *Psychopathology* [Internet] 2009 [cited 2017 Mar 5];42(6):361–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19752589>
90. Postmes L, Sno HN, Goedhart S, van der Stel J, Heering HD, de Haan L. Schizophrenia as a self-disorder due to perceptual incoherence. *Schizophr. Res.*2014;
91. Sass LA, Pienkos E, Skodlar B, Stanghellini G, Fuchs T, Parnas J, et al. EAWE: Examination of Anomalous World Experience. *Psychopathology* 2017;
92. Cohen A, Sjunginger J. A three-dimensional typology of delusions. *Schizophr Res* 2006;83.
93. Junginger J, Baker S, Coe D. Mood theme and bizarreness of delusions in schizophrenia and mood psychosis. *J Abnorm Pshycol* 1992;101.
94. Mojtabai R, Nicholson R. Interrater reliability of ratings of delusions and bizarre delusions. *Am J Psychiatry* 1995;152.
95. Peralta V, Cuesta M. Dimensional structure of psychotic symptoms: an item-level analysis of SAPS and SANS symptoms in psychotic disorders. *Schizophr Res* 1999;38.
96. Goldman D, Hien D, Haas G, Sweenet J, Frances A. Bizarre delusions and DSM-III-R schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1992;129.
97. Tanenberg-Karant M, Fennig S, Ram R, Krsihna J, Jandorf L, Bromet E. Bizarre delusions and first-rank symptoms in a first-admission sample: a preliminary analysis of prevalence and correlates. *Compr Psychiatry* 1995;36.
98. Nakaya M, Kusumoto K, Okada T, Ohmori K. Bizarre delusions and DSM-IV schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2002;
99. Endicorr J, Nee J, Fleiss J, Cohen J, Williams J, Simon R. Diagnostic criteria for schizophrenia: reliabilities and agreement between systems. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39.
100. Sass LA, Borda JP. Phenomenology and neurobiology of self disorder in schizophrenia: Secondary factors. *Schizophr Res* 2015;
101. Madeira L, Carmenates S, Costa S, Linhares L, Stanghellini G, Figueira M, et al. Basic Self-Disturbances beyond Schizophrenia: Discrepancies and Affinities in Panic Disorder - An Empirical Clinical Study. *Psychopathology* 2017;

## ANEXO 1

### Normas editoriais da publicação *Schizophrenia Bulletin*<sup>2</sup>:

#### Abstract:

Envie um resumo que não exceda 250 palavras, descrevendo a razão e modo de realização do estudo, análise ou revisão, um resumo dos resultados essenciais, e o concluído pelos autores a partir dos dados obtidos. O abstract não deve conter abreviaturas não explicadas. Devem ser apresentadas no final do abstract até 6 keywords que não apareçam como parte do título.

#### Texto original

Manuscritos originais não solicitados que relatem descobertas experimentais deverão ser organizados nestas secções, nesta ordem: Abstract, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Agradecimentos, Referências e Legendas das Figuras. Artigos de revisão deverão conter um abstract; contudo, o corpo do texto pode ser organizado de uma forma menos estruturada. Os autores de artigos de revisão são encorajados a usar subcabeçalhos para facilitar a leitura do seu manuscrito.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Apenas estão citadas as normas implicadas neste trabalho. As normas completas podem ser consultadas em [https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/pages/Information\\_For\\_Authors](https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/pages/Information_For_Authors)

<sup>3</sup> Tradução do inglês, realizada pelo autor.