

Josef Parnas, Paul Møller, Tilo Kircher, Jørgen Thalbitzer, Lennart Jansson, Peter Handest, Dan Zahavi - EASE: Exame das anomalias subjetivas da experiência

Josef Parnas, Paul Møller, Tilo Kircher, Jørgen Thalbitzer, Lennart Jansson, Peter Handest, Dan Zahavi - EASE: Examination of Anomalous Self-Experience¹

Tradução de Marcelo Vieira Lopes²

¹ Publicado em *Psychopathology*, 2005; 38:236–258. DOI: 10.1159/000088441.

² Programa de Pós-graduação em Filosofia, nível doutorado, Universidade Federal de Santa Maria – Santa Maria (RS) - Brasil. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. E-mail: marcelovieiralopes16@gmail.com.

Resumo

O Exame das Anomalias Subjetivas da Experiência (EASE) consiste em uma lista de sintomas para a exploração fenomenológica semiestruturada de anomalias *subjetivas* ou *experenciais* que podem ser consideradas como distúrbios da autoconsciência (*self-awareness*) básica ou “mínima”. O EASE foi desenvolvido tomando por base as autodescrições obtidas de pacientes com distúrbios do espectro esquizofrênico. A escala tem uma forte relevância descritiva, diagnóstica e para a realização de diagnóstico diferencial em distúrbios que se enquadram no espectro esquizofrênico. Esta versão contém questões específicas relativas à entrevista e itens com as descrições psicopatológicas (Manual), uma folha de registro (Apêndice A), uma lista em forma de lembretes para recordar os itens durante a entrevista (Apêndice B) e uma lista de comparação dos itens EASE/BSABS (“*Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen*”) (Apêndice C).

Palavras-chave: EASE; esquizofrenia; *self* mínimo; fenomenologia.

Abstract

The Examination of Anomalous Self-Experience (EASE) is a symptom checklist for semi-structured, phenomenological exploration of *experiential* or *subjective* anomalies that may be considered as disorders of basic or ‘minimal’ self-awareness. The EASE is developed on the basis of self-descriptions obtained from patients suffering from schizophrenia spectrum disorders. The scale has a strong descriptive, diagnostic, and differential diagnostic relevance for disorders within the schizophrenia spectrum. This version contains interview-specific issues and psychopathological item descriptions (Manual), a scoring sheet (Appendix A), a reminder list of items for use during the interview (Appendix B) and an EASE/ BSABS (“*Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen*”) item comparison list (Appendix C).

Keywords: EASE; schizophrenia; minimal self; phenomenology.

Introdução

Os termos e conceitos são explicados em cada seção e item.

Objetivos e população alvo

O EASE concentra-se nas anomalias da experiência subjetiva que parecem refletir *distúrbios da autoconsciência*. Essa escala é fenomenologicamente descritiva e o propósito da descrição é predominantemente qualitativo, buscando uma exposição detalhada dos fenômenos que têm em comum um sentido deformado, de algum modo, da perspectiva em primeira pessoa – em resumo, um distúrbio ou deficiência no senso de ser um sujeito, um centro em que coincidem ação, pensamento e experiência.³

A escala é desenvolvida principalmente para condições referentes ao espectro esquizofrênico, mas não pode ser utilizada isoladamente como um instrumento diagnóstico (os distúrbios do *self* não são listados pelo DSM-IV ou ICD-10 como cruciais para o diagnóstico, ou mesmo como características importantes da esquizofrenia; a desrealização e a despersonalização são mencionadas como características não-essenciais da esquizotipia). O EASE não cobre todas as potenciais anomalias da experiência, mas foca apenas sobre os distúrbios do *self* [em contraste ao BSABS (“*Bonner Skala für die Beurteilung von Basis-symptomen*”) [Gross et al., 1987], por exemplo, distúrbios perceptivos não são explorados].

Desenvolvimento do EASE

O desenvolvimento do EASE foi motivado originalmente pelo trabalho clínico realizado em uma unidade de cuidado diurna e estacionária para pacientes de primeira admissão no departamento universitário de psiquiatria do hospital de Hvidovre (por um período de quatro anos, um total aproximado de 100 pacientes foram consecutivamente entrevistados por J.P. e L.J.). O objetivo principal foi explorar e compreender melhor as manifestações experienciais e comportamentais do autismo esquizofrênico (Parnas e Bovet, 1991). Uma observação notável foi que a maioria dos pacientes relatou, de maneira uniforme, um vazio persistente de identidade ou a ocorrência de sentimentos de autotransformação. Dois estudos independentes, não controlados, conduzidos quase simultaneamente na Dinamarca e na Noruega confirmaram essas impressões de maneira sistemática (Parnas et al., 1998; Møller

³ Há, contudo, a possibilidade de avaliar a frequência e a intensidade da experiência anômala.

e Husby, 2000). Um estudo recente com 151 pacientes de primeira admissão com diagnósticos diversos demonstrou que os distúrbios do *self* constituem aspectos importantes da esquizofrenia e da esquizotipia (Parnas e Handest, 2003; Handest e Parnas, 2005). Outro estudo separado mostrou que os distúrbios do *self* (registrados ao longo do ciclo de vida) se distinguem entre a esquizofrenia *residual* e a enfermidade bipolar *psicótica* em remissão (Parnas et al., 2003). As análises mais recentes mostram que os distúrbios do *self* também se reúnem entre casos do espectro esquizofrênico (esquizofrenia e esquizotipia) identificados em um amplo estudo genético de famílias (Parnas et al., em preparação). Para resumir, a origem do EASE foi em larga medida clínico fenomenológica, baseada em muitas entrevistas de pacientes com espectro de esquizofrenia incipiente e estendida, subsequentemente, ao coletar de forma sistemática dados empíricos das várias amostras citadas acima.

Fomos também inspirados e instruídos pelas descrições psicopatológicas clássicas desses fenômenos patológicos sutis – encontradas, por exemplo, nos trabalhos de Pierre Janet, Hans Gruhle, Joseph Berze, Eugène Minkowski e Wolfgang Blankenburg. Devemos muita inspiração ao grupo de pesquisa alemão de Gerd Huber, Gisela Gross, Joachim Klosterkötter, Frauke Schultze-Lutter e seus colegas, os poucos cientistas psiquiatras modernos que levaram a sério a experiência subjetiva do paciente e a estudaram de maneira sistemática. Conhecíamos a noção de Huber de “sintomas básicos” desde o final dos anos 1980 e o BSABS foi completamente traduzido para o dinamarquês e publicado em 1995. Existem algumas sobreposições naturais com o BSABS, especialmente nos domínios voltados para distúrbios cognitivos, cenestesias e outros itens individuais. Nesses casos, os números dos itens originais do BSABS são colocados entre parênteses após o nome do item. Contudo, é importante investigar as definições cuidadosamente, porque elas em geral *não* são completamente idênticas. Nossa própria abordagem clínico-psicopatológica é bastante influenciada pela abordagem fenomenológica husserliana (Parnas e Zahavi, 2002; Sass e Parnas, 2003).

Diretrizes Gerais para a Condução da Entrevista

Dificuldades intrínsecas à entrevista

As experiências visadas aqui são frequentemente tão estranhas ao paciente que este nunca as comunicou a ninguém. Muitas vezes, elas sequer foram mencionadas aos seus confidentes mais próximos. As experiências podem ser *fugazes*, talvez até beirando o *inefável*.

Elas *não* são como objetos materiais que se pode “tirar da cabeça de alguém” e descrever como se fossem *coisas* com certas propriedades, ou descrever a experiência em ocasiões diferentes exatamente nos mesmos termos. O paciente pode ter poucas palavras para expressar sua própria experiência. Uma razão para isso é que muitas dessas experiências possuem uma qualidade pré-reflexiva. Elas não aparecem de forma explícita no foco de atenção temática, mas constituem o *background* geral da consciência (*awareness*). Além disso, o paciente pode, *ocasionalmente*, descrever sua experiência anômala com uma metáfora clara e pertinente que, por alguma razão, não estaria mais disponível para ele em outras ocasiões; conseqüentemente, nessas outras ocasiões, ele fornecerá apenas descrições vagas (*Nota*: Não temos informação empírica sistemática acerca dessas questões). A situação do paciente pode ser comparável à tentativa de descrever seu estado proprioceptivo global. Além disso, as distorções de autoconsciência debilitam as capacidades de autoexpressão do paciente. Conforme mencionado, muitos pacientes consideram suas experiências como *exclusivamente privadas* (isto é, em contraste a alucinações auditivas, consideradas de conhecimento comum) e, portanto, consideram tais experiências como constrangedoras, “desumanas” ou profundamente perturbadoras.

Uso de metáforas

Os pacientes empregam metáforas para descrever o que eles experienciam; este também é o caso com pessoas saudáveis – é um processo universal. Uma metáfora é usualmente definida como a transferência de sentido de um domínio conceitual para outro, como na expressão: “a vida é uma jornada” (o conceito de vida se torna significativo através do apelo a uma jornada, que pertence a outro domínio). No contexto da entrevista psiquiátrica, uma metáfora *não* deveria ser vista como “apenas uma metáfora” ou “apenas um modo de falar” que, de alguma forma, distorcida ou convencionalmente, representa uma experiência anômala subjacente (mais) verdadeira ou autêntica, isto é, uma metáfora não é apenas um *significante* (signo), distinto e anexado de forma contingente ao conteúdo do *significado* (“*signifiê*” = o significado do signo). Em vez disso, o caso é o seguinte: uma experiência (pré ou não linguística), especialmente do tipo pré-reflexivo, é progressivamente conceptualizada, isto é, transformada em um formato conceitual (linguístico), para ser apreendida pelo sujeito reflexivo (*reflecting subject*), tematizada e passível de ser comunicada a outros. A metáfora deve ser vista aqui como um aspecto funcional básico desse processo de simbolização, operando como meio ou veículo linguístico através do qual a experiência primeiro se articula

e então se torna acessível reflexivamente. A metáfora é, portanto, o primeiro estágio para fazer com que a experiência pré-linguística ou pré-reflexiva se torne explicitamente acessível a si mesmo e ao outro. A escolha da metáfora está ligada à natureza da experiência de maneira não-contingente, isto é, *experiência e metáfora não são inteiramente independentes*.

Necessidades

Para transmitir o tipo de experiência aqui investigado a outra pessoa, são necessários uma certa intimidade entre o entrevistador e o paciente, e um esforço do paciente para explorar sua própria mente ou refletir sobre sua própria experiência. É obrigatório, portanto, tentar estabelecer um relacionamento neutro, porém atencioso, com o paciente e, idealmente, fornecer a ele a possibilidade de atuar como um parceiro em uma exploração compartilhada e mutuamente interativa. Não importa quão incomuns ou bizarras as experiências relatadas possam parecer ao entrevistador, ele deve permanecer neutro, calmo, mas com uma atitude de cuidado interessada e contida, transmitindo tacitamente ao paciente que ele está familiarizado com o tipo de psicopatologia sob investigação (isso usualmente tem um forte impacto positivo no relacionamento). O entrevistador *nunca* deve adotar uma postura curiosa/voyeurística (na qual o paciente se veja como um espécime da patologia), ou uma atitude de julgamento/avaliação. O que está sendo dito é *como* o paciente experimenta a si e a seu mundo, e não uma “realidade” ou “morbidez” objetiva ou medicamente prescrita dessas experiências. Da perspectiva do paciente, estas são suas experiências e, portanto, são indiscutivelmente *reais para ele enquanto experiências* (mas não acompanhadas necessariamente por crenças explícitas específicas sobre suas causas ou natureza; veja o modo experiencial “como se”).

Pacientes hostis, agressivos, muito desconfiados ou marcados por uma indiferença emocional severa requerem um esforço extraordinário do entrevistador para contornar a dissimulação ou a vigilância e envolver o paciente na entrevista. *Pacientes gravemente enfermos, psicóticos severos com atenção e cognição globalmente perturbadas não devem ser entrevistados nesse estágio*. Deve-se aguardar a melhora clínica para conduzir a entrevista. Pacientes com deficiência intelectual são provavelmente incapazes de produzir informação confiável (o EASE não foi testado em amostras de pacientes com deficiência intelectual).

Condução da entrevista

A entrevista deve ser conduzida idealmente de maneira semiestruturada. Ela requer

que o entrevistador esteja intimamente familiarizado com a lista de itens e suas distinções. A *fonte de insegurança mais frequente é a falta de familiaridade com essas distinções*. Uma entrevista totalmente desestruturada também tende a diminuir a confiabilidade.

É permitido propor ao paciente exemplos de experiências patológicas, mas é sempre necessário verificar a presença do item de experiência investigado, pedindo ao paciente que descreva em detalhes e com suas próprias palavras pelo menos um exemplo concreto. *Nunca marque um simples “sim” como resposta de confirmação a uma pergunta*.

Em uma situação ideal (que é possível apenas de maneira aproximativa), a entrevista consiste em uma *reflexão mutuamente interativa entre paciente e médico*: o entrevistador faz uma pergunta, o paciente tenta responder, depois talvez o entrevistador reformule a resposta propondo um exemplo e o paciente o corrige fornecendo um exemplo próprio, com suas próprias palavras.

O entrevistador tenta capturar características essenciais da experiência em questão por meio de indagações adicionais e com variação imaginativa; isso significa que o entrevistador, em seu inquérito, e na tentativa de representar a experiência do paciente, pode mudar alguns aspectos da experiência e reter outros, de modo a despir a experiência de suas características acidentais e contingentes. O propósito é apreender as características que são *essenciais* para este tipo de experiência (por exemplo, as diferenças essenciais entre o pensamento forçado [*thought pressure*] e a ruminação). É importante, contudo, reconhecer os limites desse processo de objetivação. Caso seja pressionado excessivamente pelo entrevistador, o paciente pode subitamente considerar que o tópico da discussão mudou de alguma forma, afastando-se da interrogação e exploração original. Além disso, todas as experiências patológicas subjetivas nunca são puramente desfiguradas ou isoladas, mas estão sempre incorporadas à autocompreensão do paciente e assim exigem, em última instância, a exploração, por parte do psiquiatra, do seu significado subjetivo e de sua performance existencial (*existencial enaction*) – em outras palavras, a aplicação de uma abordagem hermenêutica. Dessa forma, se estão sendo exploradas potenciais conexões entre diferentes experiências (por exemplo: “o que motivou você a estudar matemática?” – digamos que o entrevistador está tentando estabelecer se a intolerância à ambiguidade desempenhou algum papel), então é essencial que a investigação seja conduzida com perguntas abertas e que se pretenda validá-las com respostas, mediante descrições ricas, detalhadas e o mais espontâneas possível por parte do paciente. Recomenda-se gravar a entrevista em áudio ou vídeo com o propósito de documentação e para que seja possível reexame e verificação de confiabilidade.

Domínio e sequência de itens

O EASE nunca deve ser usado como o primeiro componente da entrevista, porque uma relação íntima com o paciente é crucialmente importante. Comece com uma *entrevista social* detalhada, que é fácil, primeiro porque se refere a fatos e segundo porque a maioria das pessoas gostam de falar de si e de suas vidas. Permita que o paciente fale livremente, mas dentro de limites; caso contrário, a entrevista torna-se interminável. Uma entrevista social fornece um quadro básico da psicopatologia: por exemplo, padrões de funcionamento interpessoal (padrões de comportamento em diferentes idades; isolamento; insegurança; desconfiança; sexualidade); realizações educacionais; estabilidade no trabalho; persistência; flexibilidade; capacidade de fazer escolhas; inclinações profissionais ou interesses de lazer. A questão sobre com qual parte do EASE é preciso começar deve ser determinada contextualmente. A sequência de itens atual do EASE é motivada mais por preocupações técnicas da entrevista do que por considerações teóricas.

Via de regra, é mais fácil começar com a seção sobre o “fluxo de consciência” e inicialmente perguntar sobre a capacidade para se concentrar, recordar, pensar e fazer planos, seguindo então para questões mais específicas sobre fenômenos anormais (por exemplo, bloqueio de pensamento; pensamento forçado). Essas questões introdutórias têm uma aura médica ou “neurológica” bastante neutra, permitindo examinar e estender-se, de forma gradual e progressiva, para domínios que são mais provocativos emocionalmente. *Se possível*, é importante coletar o máximo de informação relevantes ao explorar o item em questão, em vez de retornar a ele em ocasiões distintas (o que prolonga a sessão e pode causar uma impressão desfavorável no paciente). Se o entrevistador perceber uma boa cooperação, as questões do EASE já podem ser introduzidas em momentos apropriados durante a entrevista social (por exemplo, se o paciente falar sobre seus problemas na escola, pode ser natural explorar possíveis disfunções cognitivas). Não obstante, o entrevistador deve sempre cobrir adequadamente todas as seções do esquema EASE (*tenha sempre o apêndice B consigo*).

Se o EASE for parte de um cronograma de entrevistas mais amplo, é recomendável realizar duas sessões, separadas por um intervalo ou em dois dias diferentes. A duração média de uma entrevista EASE é de aproximadamente 90 minutos.

Período de tempo coberto. Varia de acordo com o propósito do estudo e pode englobar desde as duas semanas anteriores até a exploração da totalidade do ciclo de vida. Esta última é importante para uma avaliação global dos distúrbios do *self*, que tendem a diminuir em frequência nos estágios avançados da enfermidade.

Registro. Itens que não foram perguntados ou não respondidos devem ser deixados em branco (sem informação). Caso contrário, o registro de frequência/severidade segue as regras fornecidas abaixo no apêndice A. Por razões práticas, simplificamos a avaliação de frequência e severidade a um registro combinado unidimensional. Os tipos de experiências visadas pelo EASE que ocorrem apenas *em associação* com experiências psicóticas devem ser registrados separadamente na folha de registro (Apêndice B).

Treinamento

O entrevistador deve possuir previamente boas habilidades para conduzir uma entrevista, conhecimento detalhado de psicopatologia em geral e das condições do espectro esquizofrênico em particular. Deve também fazer um curso de treinamento EASE de 3 dias incluindo: (1) um seminário teórico de um dia; (2) um número de entrevistas supervisionadas; e (3) uma avaliação provisória de confiabilidade. O *background* do EASE é fenomenológico – especialmente no que se refere à apreensão da natureza do *self* e à relação sujeito-mundo – e a familiaridade com a descrição fenomenológica das estruturas da consciência humana é indispensável no uso do EASE para propósitos pragmáticos e psicométricos.

As propriedades psicométricas

Os itens do EASE que se sobrepõem ao BSABS têm sido usados em Copenhague desde o final dos anos 1980 no Copenhagen High Risk Study (Parnas et al., 1993) e no Copenhagen Linkage Study (Matthysse et al., 2004), com confiabilidade entre avaliadores para sintomas individuais entre 0.6 e 0.9.

Ao final do processo de construção do EASE, calculamos os coeficientes de confiabilidade *kappa de Cohen* com base em entrevistas semiestruturadas, gravadas em vídeo, com 14 pacientes internados e com idades abaixo dos 30 anos. Os valores *kappa* dos itens individuais variaram de 0.6 a 1.0. A confiabilidade teste-reteste (*test-retest reliability*) dentro de um período de 4 semanas está sendo examinada atualmente. A confiabilidade entre os avaliadores diminui de (1) entrevistas semiestruturadas realizadas ao vivo por um avaliador com a possibilidade de perguntas suplementares de outro avaliador; (2) entrevistas semiestruturadas registradas a partir de uma gravação de vídeo; e (3) entrevistas não-estruturadas gravadas em vídeo. Não temos até agora informações sobre o registro de quadros hospitalares.

Com relação a uma possível estrutura fatorial, examinamos de 12 a 14 itens da

entrevista, representativos dos domínios do EASE, em uma amostra de 155 pacientes de primeira admissão (Handest and Parnas, no prelo). Nenhuma estrutura fatorial pôde ser detectada. Repetimos essas análises em nossas amostras genético/familiar (Matthysse et al., 2004), sem detectar, igualmente, uma estrutura fatorial clara.

Domínios e descrição de itens

1 Cognição e fluxo de consciência

Descrição geral do domínio: Um senso normal da consciência como contínua ao longo do tempo, fluída, habitada por um sujeito e introspectivamente transparente (imediate ou diretamente dada) de forma não espacial.

1.1 Interferência de pensamento (C.1.1)

Conteúdos de consciência (pensamentos, imaginações ou impulsos), semanticamente desconectados da linha principal de pensamento, aparecem automaticamente (não é necessário que sejam muitos ou que apareçam rapidamente), irrompem e interferem na linha principal de pensamento. Tais pensamentos são frequentemente (embora nem sempre) *emocionalmente neutros* e não é necessário que tenham um significado especial ou extraordinário. O paciente pode usar designações privadas para descrever tais pensamentos (“tiques de pensamento”, “pensamentos agudos” e “pensamentos surreais”). A interferência de pensamento muitas vezes se intensifica, terminando frequentemente como *pensamento forçado* (1.3) (nesse caso, ambos os itens devem ser registrados). Pensamentos interferentes também podem ser sentidos como algo anônimo, impessoal (veja mesmidade (*mineness*) diminuída na distorção da perspectiva em primeira pessoa (2.2.1) e a perda da ipseidade do pensamento, abaixo (1.2)).

1.2 Perda da ipseidade do pensamento (‘Gedankenenteignung’; incluindo distorção da perspectiva em primeira pessoa (2.2))

Um sentimento de que certos pensamentos (normalmente pensamentos interferentes: 1.1) podem aparecer como privados da qualidade da mesmidade (*mineness*) (registre também aqui distorção da perspectiva em primeira pessoa (2.2.1)). Os pensamentos parecem anônimos, ou indescritivelmente estranhos (mas não essencialmente no sentido do seu *conteúdo*), talvez sem uma conexão com o *self* do paciente, talvez como se eles não fossem gerados *pelo* paciente (“pensamentos autóctones”), ainda que o paciente não tenha dúvidas

de que estes pensamentos são gerados *nele*, que ele seja sua origem.

Outra situação ocorre durante a leitura: o paciente pode sentir que o texto está sendo lido simultaneamente por mais alguém (como se outra subjetividade participasse de alguma forma do processo de leitura).

O paciente tem a convicção racional de *que ele é a origem* desses pensamentos.

Nota: É importante perceber que o fenômeno básico em questão que sofreu uma perturbação é a *ipseidade*, isto é, a mesmidade (*mineness*) automática ou perspectiva em primeira pessoa. Note, além disso, que é bastante normal experimentar pensamentos ou ideias que aparecem repentinamente (“*Einfall*”), ideias sobre as quais não se pode dizer que foram geradas deliberadamente (“pensamentos espontâneos”). Todavia, nesses casos, o senso de ipseidade imediata ou pré-reflexiva *nunca é questionado*.

No caso da interferência de pensamento (1.1), os pensamentos interferentes podem ter uma qualidade anônima, conforme descrito aqui. Certas experiências de ruminação (1.6) também podem ter essa característica. Nestes casos, registre todos os itens relevantes.

1.3 Pensamento forçado (C.1.3)

Um senso de que *muitos* pensamentos (ou imagens) com sentidos/conteúdos diferentes, não relacionados ou remotamente relacionados surgem e desaparecem *em sequências rápidas* sem que o paciente seja capaz de suprimir ou guiar esse aparecimento/desaparecimento de conteúdos de consciência (sempre novos). De modo alternativo, todos esses pensamentos parecem ocorrer ao mesmo tempo para o paciente (simultaneamente). Esse sintoma envolve uma *perda de controle*, *muitos pensamentos que se alteram*, mas também a *falta de um tema comum* e, por isso, uma *perda de coerência ou significado* para o paciente. O conteúdo semântico dos pensamentos pode ser estressante, mas também neutro, ou mesmo trivial, sem qualquer significado pessoal especial. Esse fenômeno é frequentemente associado com a *especialização* da experiência (1.8) na qual os pensamentos são experimentados de uma maneira especializada, e às vezes até mesmo com uma sutil qualidade *acústica* (1.7).

Exemplos

- “Meus pensamentos estão pressionando o crânio por dentro.”
- “Parece que havia um enxame de abelhas na minha cabeça.”

- “Meu pensamento é como uma intersecção de estradas, com um ruído constante de zum! zum! dos carros de corrida.”

1.4 Bloqueio de pensamento (C.1.4)

Um bloqueio subjetivo de pensamentos que também pode ser experimentado como um vazio súbito de pensamentos, uma interrupção de pensamentos, um desvanecimento (desaparecer) dos pensamentos ou a perda da linha de pensamento. Pode ser puramente subjetivo, mas também observável como um vazio na fala do paciente.

Subtipo 1

Bloqueio: sem um novo pensamento que se introduza após o desaparecimento *súbito* do antigo. O antigo pensamento se perde súbita e completamente sem que um novo o substitua. Depois de um tempo, o processo do pensamento é retomado.

Subtipo 2

Desvanecimento: sem um novo pensamento que se introduza após o desaparecimento *lento e gradual* do antigo. Um desvanecimento de pensamento não precisa acontecer de forma contínua, mas pode ter uma qualidade paroxística, fásica, isto é, o pensamento fica mais fraco, esmaecido e depois se torna mais claro e distinto novamente até finalmente “escapar”.

Subtipo 3

Desvanecimento combinado com interferência de pensamento simultânea ou sucessiva (registre também 1.1): pensamentos novos e antigos existem lado a lado, enquanto o novo se torna mais proeminente (mais centrado), o antigo retrocede lentamente para o esquecimento. O pensamento antigo se extingue gradual e, às vezes, irregularmente (perda da posição no foco da consciência = desvanecimento) e, simultaneamente, há uma intrusão e persistência do novo pensamento, entrando no foco de forma crescente. Devido à interferência de novos pensamentos não há sensação de vazio de pensamentos.

1.5 Eco silencioso do pensamento

Um sentimento de que os pensamentos se repetem automaticamente (involuntariamente) ou se duplicam de alguma forma. Não há nenhum caráter perceptivo, como na “*Gedankenlautwerden*” (1.7).

1.6 Ruminações – Obsessões (C.1.2)

(Usualmente) persistência perturbadora ou recorrência de certos conteúdos de consciência (por exemplo, pensamentos, imaginações, imagens): esses conteúdos podem ser associados com qualquer evento passado. Podem ter a forma de uma recapitulação meticulosa de eventos recordados ou de conversas do dia.

Existem quatro subtipos que podem coexistir.

Subtipo 1

Ruminações primárias: aqui o paciente é incapaz de encontrar qualquer razão para sua tendência a estados mentais do tipo obsessivo; ele simplesmente repensa e revive o que aconteceu durante o dia – *não* motivado, aparentemente, por perplexidade, atitude paranoide, ou sentido de vulnerabilidade ou inferioridade (como no subtipo 2).

Subtipo 2

Ruminações secundárias (relacionadas à perplexidade ou autorreferidas): os estados do tipo obsessivo aparecem como consequência de uma perda de evidência natural, de uma perturbação do senso básico do *self*, ou hiper-reflexividade, ou parecem ser causados por fenômenos paranoides mais primários (por exemplo, desconfiança, autorreferência) ou um estado depressivo.

Subtipo 3

Obsessões verdadeiras: egodistônicas (como no transtorno obsessivo-compulsivo, o paciente as considera como tolas, estranhas, tanto em virtude de seu conteúdo quanto de sua intrusão involuntária) com resistência interna permanente e um conteúdo que não é horrível ou macabro.

Subtipo 4

Pseudo-obsessões: fenômenos de tipo obsessivo, que aparecem mais como egossintônicos (e, portanto, sem nenhuma ou somente uma resistência ocasional), frequentemente com carácter imaginativo pictórico e com um conteúdo que é diretamente agressivo, sexualmente perverso, ou de alguma forma bizarro. Pode provocar ansiedade.

Subtipo 5

Ruminações/obsessões com rituais/compulsões: qualquer um dos quatro fenômenos descritos acima com adição de rituais ou comportamentos compulsivos. Registre todos os itens relevantes.

1.7 Caráter perceptivo do discurso interno ou pensamento (“*Gedankenlautwerden*”)

Os pensamentos ou o discurso interno adquirem qualidades *acústicas* e, em estados mais severos, qualidades *auditivas*. O paciente não sente que os outros podem ouvir ou ter acesso aos seus pensamentos, ou sente isso apenas de forma transitória, e é capaz de suprimir esse sentimento imediatamente (por exemplo, ele não sai do quarto por causa do medo de que os outros possam de alguma forma ouvir seus pensamentos; se este é o caso, então considera-se como um sintoma psicótico de esquizofrenia de primeira ordem). Em alguns pacientes, o sintoma ocorre somente durante a leitura. “*Gedankenlautwerden*” está restrito inicialmente ao espaço vivido subjetivo, e seus estágios iniciais podem ser descritos como uma distância experiencial crescente entre o senso do *self* e o discurso interno: o último torna-se gradualmente espacializado a um nível quase perceptual. O paciente não ouve seus pensamentos através dos ouvidos (a partir do exterior), mas apenas internamente. Finalmente, em uma psicose severa, o paciente pode ouvir seus pensamentos sendo ditos por outras pessoas ou transmitidos a ele através de meios de comunicação. Alguns pacientes pensam tanto no modo da “*Gedankenlautwerden*” e de uma forma “normal”, “silenciosa”, enquanto outros pacientes possuem unicamente “*Gedankenlautwerden*”. É praticamente impossível datar o início da “*Gedankenlautwerden*”; em outras palavras, o sintoma aparentemente sempre esteve presente e é experienciado, portanto, como sendo inteiramente egossintônico.

Existem outros sintomas que são similares a “*Gedankenlautwerden*”, p.ex., um paciente que, de alguma forma, vê seus pensamentos internamente como sendo escritos, às vezes como em uma película de filme (subtipo 2), que pode também incluir um forte sentimento de distância experiencial do próprio discurso interno ou um tipo de diálogo constante consigo mesmo, dotado de um caráter lexical explícito.

Subtipo 1

“*Gedankenlautwerden*”, interno (internamente confinado).

Subtipo 2

“*Gedankenlautwerden*”, com características perceptivas equivalentes (pensamentos como um texto escrito).

Subtipo 3

“*Gedankenlautwerden*”, interno como sintoma psicótico de primeira ordem (medo de que os outros possam ouvir seus pensamentos porque estes são muito altos).

Subtipo 4

“*Gedankenlautwerden*”, externo (ou eco de pensamento externo, em que o paciente tem o sentimento de que seus pensamentos estão se repetindo ou ressoam de alguma forma) como alucinações auditivas externas.

1.8 Espacialização da experiência

Pensamentos, sentimentos ou outras experiências ou processos mentais são experimentados espacialmente, isto é, como se estivessem localizados em uma parte particular da cabeça ou do cérebro, ou são descritos em termos espaciais (p.ex., localização, relação espacial ou movimento).

Exemplos

- “Um pensamento em frente ao outro.”
- “Os pensamentos estão encapsulados.”
- Os pensamentos “se movem em espiral” dentro de sua cabeça.
- Ela experimentava seus pensamentos no lado direito de sua cabeça e sentia uma sensação de pressão dentro de seu crânio, como se não houvesse mais espaço para seus pensamentos.
- “Os pensamentos sempre passam obliquamente através do mesmo ponto.”

1.9 Ambivalência (A.5)

Incapacidade de decidir entre uma ou mais opções. Coexistência consciente, persistente e dolorosa de inclinações ou sentimentos contraditórios. A ambivalência ocorre mesmo no caso de decisões cotidianas simples e triviais. O paciente não consegue tomar uma decisão, precisa de mais tempo para se decidir, ou torna-se imediatamente incerto sobre uma

decisão finalmente tomada e a muda novamente. Um fenômeno relacionado que também se registra ocorre quando o paciente se queixa de ter pensamentos ou sentimentos contraditórios exatamente ao mesmo tempo. Esse fenômeno pode ser associado à perplexidade e paralisia da ação. A indecisão aparece em situações cotidianas tais como: qual prato cozinhar, o que comprar, que marca de produto escolher; p.ex., o paciente pode preferir comprar na loja do posto de gasolina devido à pouca oferta de produtos para escolha (e menos clientes).

Não registrado aqui: Dificuldade de decidir entre diferentes opções que tenham grande impacto sobre o futuro do paciente – por exemplo, que trabalho escolher, se deve comprar algo muito caro para o qual se tem de fazer um empréstimo.

Exemplos

- Ela tem dificuldade em tomar decisões porque “considera as coisas de muitas maneiras”. Ontem ela demorou 3 horas para decidir qual presente comprar para seu namorado.
- Na faculdade de pedagogia, ela mudou sua escolha de temas/disciplinas três vezes, mas ainda assim não conseguia saber se havia tomado a decisão certa.
- Ele está “atolado de opções”; p.ex., pensa que provavelmente deveria tornar-se vegetariano, ainda que ame comer carne. Tais considerações o levam à “duplicidade” e a “becos sem saídas tolos”.
- A cada vez que penso em algo, tenho um pensamento contrário (*counterthought*) no outro lado do cérebro (registre aqui também especialização da experiência (1.8)).

1.10 Incapacidade para discriminar modalidades da intencionalidade

Ocasões breves ou períodos mais longos com dificuldades na consciência imediata da modalidade experiencial que se está vivendo ou experimentando no momento presente. O paciente pode estar incerto se sua experiência é uma percepção ou uma fantasia, uma memória de um evento ou uma memória de uma fantasia. Esse fenômeno aplica-se também à afetividade: o paciente pode ser incapaz de discriminar entre diferentes afetos, sentimentos ou humores. Ele pode experimentar estados mentais (geralmente negativos) que é incapaz de designar ou descrever (tem uma experiência que ele não conhece, ou não tem palavras para descrevê-la). Ele pode não saber com certeza se falou alto ou se apenas pensou.

Comentário: Esses fenômenos são provavelmente muito frequentes nas condições do

espectro esquizofrênico. Note que em uma experiência normal, p.ex., em um ato perceptivo, o ato é imediata e pré-reflexivamente consciente de si mesmo; ele é uma instância da ipseidade. Em outras palavras, quando percebo ou penso algo, não tomo consciência do fato da minha ação de perceber ou pensar por algum exame reflexivo/introspectivo de minha atividade mental atual, nem de uma comparação com outras modalidades da intencionalidade (p.ex., fantasiar). Qualquer experiência, qualquer ato intencional é normalmente articulado como ipseidade, isto é, ele é automaticamente consciente de si mesmo de maneira pré-reflexiva. As dificuldades neste domínio apontam para um profundo distúrbio da ipseidade.

1.11 Distúrbio da iniciativa ou da intencionalidade do pensamento (C.1.13)

Um distúrbio subjetivo da iniciativa do pensamento, da “energia do pensamento” e do propósito intelectual. Esse sintoma pode ser a contrapartida, experimentada subjetivamente, da falta observável de orientação para uma meta, no sentido do planejamento mental e da estruturação de uma tarefa. Os distúrbios da iniciativa e da “energia” do pensamento também aparecem como uma capacidade debilitada de a própria pessoa iniciar e estruturar certas ações, tais como cozinhar, ou escrever um ensaio.

1.12 Distúrbios da atenção

Subtipo 1

Absorção da atenção por um detalhe no campo perceptivo (C.2.9). Uma característica visual particular, ou uma parte do campo visual se destaca do plano de fundo, quase isolado e de maneira significativa, de tal forma que esse aspecto singular do campo captura toda a atenção. O paciente tem de olhar fixamente para esse detalhe, embora ele não queira fazê-lo (fixação da percepção, fascínio) e ele tem dificuldade em deslocar sua atenção. O detalhe perceptivo geralmente não possui nenhum significado simbólico ou psicológico [em contraste com a desrealização intrusiva (2.5.2)].

Subtipo 2

Incapacidade de dividir a atenção (A.8.4). Dificuldade em lidar com demandas que envolvam mais do que uma modalidade perceptiva, tais como o processamento simultâneo de estímulos visuais e auditivos.

1.13 Distúrbios da memória de curto-prazo

Capacidade diminuída de manter certas coisas na mente por mais de alguns minutos. Embora os sujeitos compreendam o conteúdo de uma anedota ou de uma conversa, eles são incapazes de lembrá-lo ou recordá-lo. Eles relatam que são incapazes de ler um livro ou ver um filme, porque esquecem o começo na medida em que avançam.

1.14 Distúrbios na experiência do tempo

Uma mudança fundamental na experiência do tempo, seja como uma mudança no *fluxo subjetivo do tempo*, ou com relação ao tempo histórico existencial, tal como *passado versus futuro* (mudanças na velocidade do fluxo provocadas por sentimentos de prazer ou tédio não devem ser incluídas aqui).

Subtipo 1

Distúrbios na experiência subjetiva do fluxo temporal: p.ex., uma sensação de que o tempo avança rapidamente, desacelera, se detém, ou o de que o tempo perde sua continuidade e se fragmenta.

Subtipo 2

Distúrbios do tempo existencial: p.ex., a vida parece estar restrita ao presente, sem projetos futuros como guias, ou o presente é sobrecarregado por um retornar repetitivo e estereotipado de um passado congelado, ou a experiência em direção ao futuro é sentida como bloqueada ou não mais disponível (*especifique a natureza exata do fenômeno*).

Exemplo

- O paciente pode sentir um desacordo entre uma sensação de “estagnação interna” (*inner stagnation*) de sua vida subjetiva e um movimento, com direção para frente, do mundo ao redor (subtipo 2).

1.15 Consciência descontínua da própria ação (C.2.10)

Este sintoma consiste em uma ruptura na consciência das próprias ações. O paciente relata que não pode lembrar de um curto período durante o qual realizava uma ação, p.ex., não consegue lembrar como foi parar na cozinha, ou em uma certa parte da cidade. O sintoma se sobrepõe à fuga dissociativa.

1.16 *Discordância entre a expressão pretendida e o expresso (A.7.2)*

Experiência subjetiva de não ser capaz de se expressar de acordo com seus próprios sentimentos e emoções. O paciente experimenta que sua fala, comportamento, gestos e expressões faciais estão em desacordo, ou não são congruentes com aquilo que sente; sua expressividade é sentida como desfigurada e distorcida e, de alguma forma, além do autocontrole.

1.17 *Distúrbio da função expressiva da linguagem (C.1.7)*

Experiência subjetiva do impedimento da fala, com uma atualização ou mobilização deficientes das palavras adequadas. O paciente reconhece uma deterioração e um atraso na sua fluência, precisão ou disponibilidade com relação às palavras. Ele não consegue recordar as palavras precisas, ou leva muito tempo para mobilizá-las. Algumas vezes recorda palavras que se associam apenas de forma periférica e imprecisa com o contexto.

O paciente pode lidar com esse distúrbio usando expressões comuns, rotineiras e bem conhecidas, provérbios (linguagem clichê), ou mantendo silêncio e evitando a conversação (autismo secundário).

2 *Autoconsciência (Self-Awareness) e presença*

Descrição geral do domínio: Um senso normal de ser (existência) envolve uma presença do *self* não-reflexiva e automática, e uma imersão no mundo (natural, automática, autoevidente). Esse conceito fenomenológico de presença implica que em nossas transações cotidianas com o mundo, o senso do *self* e o de imersão no mundo são inseparáveis: “Sujeito e objeto são dois momentos abstratos de uma estrutura única que é a *presença*.” (Merleau-Ponty, 1962, p. 430).

Essa imersão não-reflexiva consiste em dois componentes interdependentes (momentos):

(1) Presença não-reflexiva do *self*; autoconsciência (*self-awareness*); perspectiva em primeira pessoa intacta; “transparência” ou “clareza” de consciência, “mesmidade” (*mineness*) da experiência intacta.

(2) Presença/imersão /inclusão não-reflexiva no mundo.

Há uma concordância geral em fenomenologia de que estes dois aspectos são mutuamente entrelaçados no nível fenomenológico. Em outras palavras, um distúrbio que afete um dos componentes deixará também sua marca nos outros componentes. Podemos falar

de uma presença (normal) do *self* sempre que estamos *diretamente* conscientes (de maneira não-inferencial) de nossos próprios pensamentos, percepções, sentimentos ou dores; estes são dados em uma perspectiva de primeira pessoa que os revela imediatamente como próprios. Se a experiência me é dada através da apresentação em primeira pessoa, ela me é dada como *minha* experiência e conta como um caso de *autoconsciência básica* (*self-consciousness*). Ser consciente de si, portanto, não é apreender um *self a parte* da experiência, mas estar familiarizado com uma experiência no seu modo de apresentação em primeira pessoa, isto é, desde “dentro”. O sujeito ou o *self* da experiência é *uma característica ou função de sua doação* (*givenness*). Essa autoconsciência (*self-awareness*) básica (ipseidade) é um *meio* ou um *modo* em que experiências intencionais específicas, tais como a percepção, pensamento, ou imaginação articulam a si mesmas. Em outras palavras, em uma experiência normal, não há distância experiencial entre o senso do *self* e a experiência.

Esta presença básica do *self* é normalmente pressuposta na experiência; em si mesma, ela não possui qualidades experienciais específicas. Não obstante, a presença do *self* perturbada associa-se frequentemente com as seguintes características clínicas: clareza ou transparência de consciência diminuídas; diminuição da sensação de vitalidade ou do sentimento básico de estar vivo; diminuição do potencial de atividade ou da capacidade de sentir prazer; diminuição da capacidade de ser atraído pelo mundo; diminuição no senso da perspectiva em primeira pessoa (mesmidade (*mineness*) ou “ponto zero de orientação”); transtorno de identidade e graus variados de alienação.

Na esquizofrenia incipiente, a autoconsciência (*self-awareness*) pré-reflexiva é distorcida; essa distorção abrange uma variedade de mudanças *qualitativas* na experiência que são diferentes da letargia (*sopor*) e de outros fenômenos que ocorrem em condições orgânicas.

A ansiedade também é explorada nessa seção, embora não reflita *per se* distúrbios do *self*. Existem razões práticas importantes para essa inclusão: ela permite a exploração do sofrimento, frequentemente envolvido na transformação mórbida do *self* e designado como ansiedade pelo paciente; e segundo, o item “ansiedade ontológica”, que está intimamente ligado aos distúrbios do *self*, não pode ser registrado a menos que se tenha informação suficiente referente à ansiedade.

2.1 Senso do *self* básico diminuído

Um senso pervasivo de vazio interno, falta de núcleo interno, uma falta de identidade pervasiva, sentimento de anonimidade, como se não existisse ou ainda como se fosse

profundamente diferente de outras pessoas (essa diferença pode, às vezes, ser especificada como uma diferença de visão de mundo, ligada a uma orientação existencial fundamentalmente distinta da dos outros humanos). Esse item inclui também um sentido subjetivo de “superadaptação” (*overadaptation*), isto é, sempre, em um dado momento, uma necessidade de se acomodar à opinião ou ao ponto de vista alheio, ligado a um sentimento dominante de não ter seu próprio ponto de vista interno (*‘innere Haltung’*; *‘Haltlosigkeit’*). A falta de um *self* básico pode estar associada a uma autoimagem negativa generalizada, que o sujeito descreve de forma monótona como um tipo de “vergonha” ou “sentimento de inferioridade” eterno (isto é, desprovido de uma relação compreensível a contextos concretos), “ansiedade”, ou “depressão”; veja o “*regret morbide*” (arrependimento mórbido) de Minkowski como indicativo de autismo. (Veja comentário sobre a sobreposição entre 2.1 e 2.2).

Subtipo 1

Começo na infância: registre aqui experiências que ocorreram no início da vida, isto é, já na primeira infância ou durante o período escolar (primário): o paciente sempre sentiu ser profundamente diferente de seus pares.

Subtipo 2

Começo na adolescência: registre aqui se as experiências ocorreram na adolescência e duram até agora.

Nota: Os subtipos 1 e 2 *não* são mutuamente exclusivos. Frequentemente o sentimento de ser diferente se apresenta principalmente como sentimentos de isolamento/inferioridade, ansiedade social, sentimentos de ser mais estúpido que os outros, ou atribuídos a peculiaridades familiares (p.ex., a profissão estranha do pai). Somente depois de certa penetração, pode-se conseguir que o paciente manifeste esses sentimentos de diferença. Tais sentimentos podem estar associados com características solipsistas descritas na seção 5 (reorientação existencial).

Em caso de dúvida se a experiência deveria ser registrada aqui ou, alternativamente, no tópico sobre a distorção da perspectiva em primeira pessoa (2.2), registre-a como positiva em ambas.

Exemplos

- É como se eu não fosse parte desse mundo; eu tenho um estranho sentimento fantasmagórico, como se eu fosse de outro planeta. Eu sou quase inexistente.
- Ela sente que seu núcleo interno, sua identidade mais íntima, desapareceu.
- Uma sensação de vazio total frequentemente me oprime, como se eu deixasse de existir.
- Um paciente sentia-se “como se não existisse mais”; “Eu perdi o contato comigo mesmo.”
- Um paciente sente-se como se fosse um vazio, imóvel, enquanto o mundo ao redor permanece em movimento.
- Durante sua adolescência, o paciente esforçou-se para “ganhar dignidade humana”. Ele explicava a sensação de falta de dignidade como um sentimento de que sua própria existência era um objeto dispensável, como uma coisa, uma geladeira, e não um sujeito humano.

Nota: Aqui, uma distorção da perspectiva em primeira pessoa (2.2.1) deveria também ser registrada com base na falta do senso de ser um sujeito.

- Ele evita reuniões e discussões porque se torna dolorosamente aparente para ele que nunca tem uma opinião própria. Ele sente que não tem um núcleo interno estável, nem um ponto de vista fixo. Ele sempre concorda com todas as partes da discussão, confundindo-se ainda mais ao final.

2.2 Distorção da perspectiva em primeira pessoa

Este item abarca *ao menos* três subtipos do fenômeno:

(1) Senso diminuído ou temporalmente atrasado de mesmidade (*mineness*) ou senso diminuído de ser um sujeito (*subjecthood*) (de ser um sujeito humano).

(2) Distância fenomenológica pervasiva entre o *self* e a experiência (automonitoramento constante).

(3) Espacialização do *self*.

(Veja comentários após os exemplos sobre a sobreposição entre os itens 2.1 e 2.2).

Subtipo 1

Os próprios pensamentos, sentimentos e ações podem parecer, de alguma forma, como impessoais, anônimos e mecanicamente desempenhados. O senso imediato de “mesmidade”

(*mineness*) do pensamento, sentimento e ação pode estar diminuído de uma maneira ainda mais explícita (p.ex., o paciente diz que seus pensamentos aparecem como se não fossem gerados por ele, como em certas formas de interferência de pensamento) ou o sentimento de mesmidade (*mineness*) aparece apenas temporalmente atrasado (“em uma fração de segundos”). O paciente pode sentir como se fosse um objeto, uma coisa, sem subjetividade, sem possuir uma alma.

Subtipo 2

Pode haver uma profunda distância experiencial (distância fenomenológica) entre a (o senso da) experiência (pensamento, ação, percepção, emoção) e o senso do *self*. Em uma experiência normal, o senso do *self* e a experiência são uma e mesma coisa; eles estão completamente unidos. Ademais, em uma experiência introspectiva normal, o *self* introspectivo e o *self* em introspecção são sentidos como um e o mesmo. No caso da distância fenomenológica (experiencial), há um constante automonitoramento, no qual o paciente excessivamente toma a si mesmo como objeto de reflexão. Isto está associado com um afastar-se do mundo externo e pode impedir que o paciente consiga um engajamento suave e natural nas interações com o mundo (em outras palavras, a experiência anômala tem consequências tangíveis). Na distância fenomenológica (experiencial), o *self* está “observando”, por assim dizer, seus próprios conteúdos e atividades mentais, e esse estado pode se intensificar em direção ao senso de ter um *self* duplo ou cindido (Veja hiper-reflexividade e eu-cindido). Este estado deve ser pervasivo⁴, e não apenas aparecer ocasionalmente ou ser voluntariamente provocado pelo paciente; o paciente deve experimentar a distância fenomenológica tanto como condição constante ou muito frequente, quanto como problema ou aflição.

Nota: Veja os itens sobre hiper-reflexividade (2.6) e eu-cindido (2.7). Os estados de hiper-reflexividade considerados mais adiante são menos pervasivos, menos intensos ou estressantes e podem ser parcialmente sujeitos ao controle voluntário.

Subtipo 3

O senso do *self* como o ponto absoluto de orientação da experiência (isto é, como algo que não tem uma localização precisa [eu que estou aqui; o *self* que é idêntico a toda

⁴ A tendência introspectiva é frequente em alguns pacientes esquizofrênicos. Os requerimentos de pervasividade e/ou de aflição são aqui introduzidos para demarcar os casos em que a perspectiva normal em primeira pessoa deve ser considerada como severamente perturbada.

experiência] mas ao qual todo o resto está espacialmente relacionado [espaço egocêntrico]), ou como um polo/fonte/foco de experiência ou ação (consciência do eu [*I-consciousness*]) pode ser sentido como se estivesse localizado em um espaço específico ou possuísse características de extensão ou, às vezes, como espacialmente deslocado (em ambos os casos, considerar sempre também a espacialização da experiência (1.8)).

Exemplos

Do subtipo 1

- Tenho um sentimento de como se não fosse eu quem experimentasse o mundo; parece que outra pessoa estava aqui no meu lugar.
- Minha sensação da experiência *como minha própria experiência* aparece apenas com um segundo de atraso.
- Tive “experiências um tanto estranhas de uma falta de relação entre eu e o que estou pensando”.
- Ela frequentemente tem o sentimento de que não é ela quem desempenha suas próprias ações (p.ex., escrever), mas ela sabe que esse não é o caso.
- Uma paciente sente que “desaparece”, “desvanece”, sua voz parece estranha, “como se viesse de um vazio”. (Esta experiência particular pode também ser registrada como senso do *self* básico diminuído (2.1), ainda aqui o sentimento de mesmidade [*mineness*] aparece também claramente afetado).
- Não me sinto realmente como um sujeito humano, como uma pessoa com uma alma; me sinto como uma coisa dispensável, como uma geladeira, por exemplo.

Do subtipo 2

- Minha perspectiva em primeira pessoa é substituída por uma perspectiva em terceira pessoa (o paciente explica em seguida que ele testemunha constantemente sua própria experiência).
- Estou constantemente reparando em mim. Às vezes, isso é tão acentuado que dificilmente posso acompanhar o que está passando na TV. Mesmo durante uma conversa me observo a ponto de ter dificuldade em compreender o que meus interlocutores estão dizendo.

Do subtipo 3

- Sinto como se meu próprio “eu”, como um ponto de perspectiva, houvesse mudado alguns poucos centímetros para trás.

Comentário sobre a sobreposição: Os dois itens anteriores “Senso do *self* básico diminuído” (2.1) e “Distorção da perspectiva em primeira pessoa” (2.2) se sobrepõem clinicamente no nível descritivo porque são conceitual e fenomenologicamente relacionados. As razões para a separação dos dois são as seguintes: primeiro, para enriquecer as propriedades descritivas do EASE; e segundo, para separar as anomalias menos características daquelas mais características. Uma avaliação positiva do senso do *self* básico diminuído pode acontecer tendo por base a avaliação inferencial de queixas vagas sobre um senso debilitado de identidade pessoal. Há, portanto, sempre o risco de que tais queixas derivem de distúrbios de identidade que afetam o *self* narrativo (p.ex., como nos transtornos de personalidade que não pertencem ao espectro), em vez dos distúrbios mais fundamentais e estruturais da ipseidade e da consciência do eu (*I-consciousness*). Por outro lado, a distorção da perspectiva em primeira pessoa contém apenas itens que refletem especificamente uma estrutura anômala da experiência (ipseidade e consciência do eu).

2.3 Outros estados de despersonalização (Autoalienação, B.3.4 Reduzida⁵)

Um senso pervasivo e difuso de estar alienado de si, de suas próprias operações mentais, pensamentos, emoções e comportamentos, de uma forma que não foi capturada por outros itens desta seção.

A despersonalização descrita aqui pertence ao âmbito de fenômenos da autoconsciência perturbada (*disturbed self-awareness*) detalhados em toda esta seção e com uma afinidade particular com os distúrbios do *self* básico e da perspectiva em primeira pessoa.

Há dois subtipos: despersonalização melancoliforme e despersonalização não-específica.

Subtipo 1

Despersonalização melancoliforme: sabe-se que a mudança de humor associada à

⁵ O item original B.3.4 da BSABS é um fenômeno composto. Algumas dimensões foram movidas, portanto, para outros itens. Em consequência disso, o presente item 2.3 do EASE é um tipo de resíduo.

melancolia e o concomitante senso de alteração do fluxo de tempo não são, por assim dizer, sentidos pelo ego, mas ocorrem separadamente, isto é, de forma dissociada. Na depressão não-melancólica e no luto, o ego está deprimido – não há distância entre o sujeito e sua tristeza (*tristesse*). Na melancolia, por outro lado, o ego não pode identificar-se com mudanças internas simultâneas que consistem na desaceleração/detenção da vitalidade (inibição), bloqueio de orientação ao futuro e imobilidade na mudança de humor. Pode-se dizer que o ego testemunha a perturbação dos próprios sentimentos; o sofrimento melancólico é causado em grande parte pela incapacidade de entrar em relação com essas perturbações. O paciente tem a sensação de que ele está mudando, de alguma forma, que algo de errado e grave está complicando sua vida interior; ele pode parecer sofrer e estar confuso/perplexo. Normalmente se requer um esforço adicional na entrevista para descobrir elementos melancólicos típicos. Note que o sintoma deve apresentar-se como um *fenômeno com características de estado* (*state phenomenon*). Não há distúrbio do *self* básico (como fenômeno de traços) (*trait phenomenon*) e não há transtorno na perspectiva em primeira pessoa ou mesmidade (*mineness*).

Exemplo

- Eu não sinto a mim mesmo, há algo em mim que me incomoda; eu não sei o que é, mas eu não posso viver assim (a aparência do paciente era de uma pessoa tipicamente deprimida com expressão sofrida e preocupada. Seu estado foi precedido por um período hipomaniaco de 4 meses de duração).

Nota: O diagnóstico diferencial entre o espectro esquizofrênico e a enfermidade afetiva nunca deve basear-se somente nas qualidades da despersonalização.

Subtipo 2

Despersonalização não-específica: um sentimento de alienação que não pode ser especificado de forma mais concreta em termos de anomalias experienciais qualitativas.

Exemplo

- Eu não sinto a mim mesmo, me sinto mudado de alguma forma.

2.4 Presença diminuída

Diminuição da capacidade de ser afetado, incitado, movido, motivado, influenciado, tocado, atraído ou estimulado por objetos, pessoas, eventos e circunstâncias. Esta diminuição *não* deve ser compreendida como uma retração ativa e deliberada, mas como algo que aflige o paciente e dificulta sua vida. O paciente não se sente participando completamente ou inteiramente presente no mundo; ele pode sentir uma distância do mundo, que pode ser acompanhada por mudanças na percepção do mundo. Este item inclui tanto estados hipohedônicos (*hypohedonic*) físicos e sociais, bem como apatia (falta de sentimentos).

Subtipo 1

Especificado: um senso pervasivo de não ser afetado pelo mundo externo, uma falta de ressonância, falta de engajamento natural e espontâneo, impossibilidade de imersão, queixa de não estar propriamente presente no mundo. Esse item inclui hipoedonia social, uma reatividade emocional e cognitiva diminuída, apatia (sentimento de não ter sentimentos) ou uma sensação pervasiva de que tudo é ou parece sem sentido (neste último caso, há a possibilidade de sobreposição com a perda de evidência natural (2.12) e desrealização (2.5)).

Nota: A hipoedonia social *nunca* deve ser qualificada como presente no caso de ansiedade social concomitante (2.13.4) a menos que as duas ocorram de maneira independente uma da outra. É importante avaliar se estas experiências se manifestam com o status de traço ou estado (as últimas são extremamente sugestivas do espectro esquizofrênico). Também é importante verificar a existência de depressão clínica, especialmente no subtipo 1.

Exemplo

- “Tudo me parece totalmente indiferente”.

Subtipo 2

Não-especificado: um sentimento pervasivo não-especificado (quase perceptivo) de distância do mundo, ou de uma barreira entre si mesmo e o mundo (sentimento de estar fechado em uma “caixa de vidro” ou detrás de um vidro). Todavia, esse senso de distância não pode ser especificado pelo paciente com maiores detalhes, p.ex., em termos de mudanças perceptuais/experienciais específicas (p.ex., se no “caso do vidro” o paciente se sente como se estivesse olhando através de um vidro, então este é o subtipo 3).

Subtipo 3

Inclui desrealização ou mudança perceptual (seção C no BSABS): conforme os subtipos 1 e 2, mas acompanhado de uma mudança explícita no tom perceptivo (*perceptual feeling tone*) (em outras palavras, a sensação de uma barreira pode ser descrita por certas propriedades explícitas: p.ex., cores estão desbotadas; objetos estão distantes) ou marcados por distúrbios perceptivos mais específicos, ou desrealização (isto é, tudo parece ser irreal, sem vida, mecânico).

Comentário: Os três subtipos *não* são mutuamente exclusivos e podem se sobrepor à desrealização e outros distúrbios do *self*. A principal diferença entre a presença diminuída (2.4) (especialmente seus subtipos 2 e 3) e a desrealização (2.5) é que na presença diminuída, o paciente localiza o senso ou a fonte da mudança primariamente *em si mesmo*, enquanto que na desrealização é o *ambiente* que aparece predominantemente mudado para o sujeito.

2.5 Desrealização (C.2.11)

Uma mudança na experiência do ambiente: o mundo circundante aparece de alguma forma transformado, irreal e estranho, pode ser comparado com um filme em andamento. *Há uma redução no sentido mais primário da realidade vivida*, mas nenhuma redução da consciência da realidade conceitual (*conceptually based reality awareness*) ou de prova de realidade (*reality testing*).

A fonte da mudança não é sentida como localizada primariamente no paciente.

Subtipo 1

Desrealização fluída (global): este é o tipo mais comum de desrealização. A mudança é difícil de descrever e especificar explicitamente. Há uma diluição ou desvanecimento (ou mesmo uma perda) da fisionomia (*Gestalt*) do mundo circundante: o sentido e a importância do mundo parecem mudados, confusos ou ambíguos. O mundo parece estranho, alheio, mecânico, sem vida, ou sem sentido.

Subtipo 2

Desrealização intrusiva: há um aumento ou acentuação na fisionomia do mundo, ou de seus aspectos ou componentes isolados, ocorrendo frequentemente junto com uma absorção da atenção por detalhes da percepção (1.12.1). Aspectos individuais, isolados do ambiente

(objetos, situações) adquirem uma qualidade experiencial intrusiva ou importuna, com significância indeterminada crescente e pode ser experimentada com uma maior carga emocional.

O fenômeno não deve ser induzido voluntariamente através de atenção contínua (olhar fixo), embora o olhar fixo possa amplificar a desrealização preexistente.

Exemplos

Do subtipo 1

- O ambiente me parece irreal, mudado.
- As coisas não são mais como eram antes. São estranhas, como se fossem meras silhuetas.

Do subtipo 2

- “O comportamento do cachorro me causou uma forte impressão; era tão selvagem, descontrolado, tão cheio de uma natureza pura, primitivo, conduzido por instintos, que eu senti um calor no meu coração. Também esse cavalo selvagem e aquela velha, com sua face marcada pela idade; toda a paisagem era tão autêntica, tão primordialmente natural; era tudo tão comovente que senti uma felicidade imensa” (Matussek, 1952).

Nota: A desrealização pode ser acompanhada por outras mudanças mais específicas de percepção (p.ex., uma mudança na qualidade/intensidade dos sons). No caso de uma mudança perceptiva clara, registre também a presença diminuída (2.4.3). A desrealização experimentada logo após um ataque de pânico não deve ser registrada aqui.

2.6 Hiper-reflexividade; Reflexividade aumentada (B.3)

Tendência ocasionalmente excessiva ou frequente, até mesmo crônica, de tomar a si, partes de si, ou aspectos do ambiente como objetos de reflexão intensa. O paciente sofre tipicamente de uma perda da ingenuidade, indulgência e conforto. Há um aumento na tendência de refletir sobre seus próprios pensamentos, sentimentos e comportamentos, e uma incapacidade de reagir e comportar-se espontânea e despreocupadamente; uma tendência a um monitoramento excessivo da vida interna, enquanto interage simultaneamente com o mundo (“introspecção simultânea”⁶). No caso da perda do senso comum (2.12) (registrado

⁶ Este é um termo tomado de empréstimo da psicopatologia japonesa (M. Nagai).

separadamente), haverá uma tendência automaticamente aumentada de refletir sobre o mundo.

Nota: A intensidade da hiper-reflexividade nesse item é menor do que no caso da distorção da perspectiva em primeira pessoa (2.2.2), na qual a condição é tão generalizada e intensa que leva a um sentimento constante de distância fenomenológica.

Exemplos

- Tive que pensar sobre o que pensar.
- Ela sempre foi “autorreflexiva” (*self-reflective*) e pensava sobre si mesma “de uma maneira existencial”.

2.7 *Eu-cindido (“Ich-Spaltung”)*

O paciente experimenta seu eu, *self*, ou pessoa como sendo dividido, compartimentalizado, desintegrado em partes semi-independentes, ou não existindo como um todo unificado. As queixas dos pacientes devem ter uma qualidade experiencial que podem formar um contínuo desde um senso vago de cisão, “como se” fosse uma divisão, até uma cisão que é elaborada de maneira delirante. Não é suficiente registrar esse item em casos nos quais o paciente está consciente de ter, por exemplo, uma “personalidade multifacetada”.

Subtipo 1

Suspeita de eu-cindido: registre aqui casos de eu-cindido os quais o entrevistador suspeita que estejam presentes *por trás* das queixas do paciente, ainda que não seja capaz de apontar os termos experienciais específicos usados pelo paciente; isto é, esta classificação se baseia em declarações que sugerem uma cisão, mas que o paciente não é capaz de conceptualizar em termos explícitos e é, portanto, vaga e confusa.

Subtipo 2

A classificação do eu-cindido se baseia em relatos de experiências “como se”.

Subtipo 3

O eu-cindido envolve uma experiência espacializada que *não* envolve qualidade delirante/ilusória (*delusional*).

Subtipo 4

O eu-cindido envolve uma elaboração delirante/ilusória.

Exemplos

Do subtipo 1

- Após ser transferido e deixado sozinho em um quarto individual, o paciente teve o seguinte pensamento: “agora, nós dois velhos camaradas estamos juntos a sós” e o pensamento o surpreendeu.

Do subtipo 2

- Aproximadamente uma vez por semana ela tinha um sentimento de “como se fosse duas”, “como se fosse capaz de ver a si mesma a partir de fora”. “Ela divide-se em duas partes e voa para longe, composta dessas duas partes.”

Nota: registre também despessoalização dissociativa (2.8).

- Ela diz que seus pensamentos “se dividem”, e sente uma cisão em si mesma. É uma questão de pensamentos negativos e positivos. Ela sente como se houvesse duas partes distintas que “estão em guerra entre si”.
- Ele descreve que frequentemente não tem contato com seu lado esquerdo; sente como se fosse “apenas metade”. Esse sentimento pode se propagar para a profundidade do seu corpo.

Nota: registre aqui também despessoalização somática (3.3).

Do subtipo 3

- Sua parte direita é muito mais forte e capaz de manter as aparências (*put up a façade*). Ela sente um “desequilíbrio nos estratos de ambos os lados”.
- Ela se sente como um crânio que possui alguma coisa dentro, “um homenzinho na cabine”, como se tivesse dois cérebros. Uma parte de si sente-se dissociada de alguma forma de seu *self* normal e, portanto, estranha. Os pensamentos que pertencem ao seu *self* normal se localizam na parte anterior do cérebro, enquanto os pensamentos estranhos se localizam na parte mais posterior do cérebro.
- Existem dois lados nela: um destrutivo e um positivo. Uma vez, quando estava na cama, ela teve, por alguns segundos, um sentimento de que havia se transformado em duas pessoas que estavam ambas deitadas na cama.

Do subtipo 4

- Uma jovem paciente (com episódios anoréxicos prévios) explica que ela sempre “se sentiu mal, errada”; de vez em quando ela parava de comer para deixar morrer de fome sua parte errada. (Neste caso particular, a afirmação se aproxima de uma qualidade delirante).

2.8 Despersonalização dissociativa (Experiências fora do corpo)

O paciente diz que às vezes sente como se estivesse “fora” de si, como uma espécie de duplo, observando a si ou os outros. A experiência deve ter o caráter do “como se” (subtipo 1), isto é, o paciente *não percebe realmente* a si mesmo a partir de fora, mas apenas imagina fazê-lo a partir de seu “olho interno”; um tipo de experiência “fora do corpo”.

Se há um caso de autopercepção a partir de fora, a experiência deve ser considerada como alucinação dissociativa visual (subtipo 2) (p.ex., o paciente diz que ele está literalmente se vendo a partir de fora, ou vendo seu duplo próximo a ele).

Contudo, em muitos casos dessas experiências “fora do corpo” pode ser impossível apreender o que o paciente realmente quer dizer com a expressão “observando a si mesmo a partir de fora” – talvez isso nem sequer seja um processo imaginativo, mas uma descrição de distância experiencial (2.2.2) ou uma “introspecção simultânea” na hiper-reflexividade (2.6).

Subtipo 1

Fenômeno imaginativo “como se”.

Subtipo 2

Alucinação visual dissociativa.

2.9 Confusão de identidade

O paciente sente como se fosse outra pessoa.

Exemplos

- “Sinto como se eu fosse minha própria mãe”.
- Um paciente foi capaz de brevemente sentir como se fosse outra pessoa sobre a qual estava pensando. Ele não sabe se foi uma experiência mental ou física.
- Um paciente sentiu por um momento como se fosse um cachorro.

Nota: A confusão de identidade estaria frequentemente associada com um senso do *self* básico diminuído (2.1), distorção da perspectiva em primeira pessoa (2.2) e demarcação/transitivismo (4.0).

2.10 Sensação de mudança com relação à idade cronológica

Um sentimento fundamental de como se fosse consideravelmente mais velho ou mais jovem do que a idade cronológica real, não claramente compreensível em virtude das relações e interações sociais.

Exemplos

- Ele pode sentir-se mais jovem e em uma questão de segundos pode sentir-se como outra pessoa.

Nota: classifique também confusão de identidade (2.9).

- Durante uma conversa, ela diz que se sente como uma criança de cinco anos de idade. No encontro seguinte, ela repete que se sente como uma criança.

2.11 Sensação de mudança em relação ao gênero

Subtipo 1

Medo esporádico de ser homossexual ou de que outros o considerem como tal.

Subtipo 2

Um sentimento de como se fosse do sexo oposto ou uma confusão com relação ao próprio sexo.

2.12 Perda do senso comum/perplexidade/perda da evidência natural

Trata-se de uma perda ou carência da apreensão automática e pré-reflexiva do significado dos eventos, situações, pessoas e objetos cotidianos.

Existem diferentes domínios nos quais essa característica pode se manifestar. O paciente pode ser incapaz de apreender o significado das coisas e das situações cotidianas, (p.ex., pode perguntar-se sobre as cores do sinal de trânsito), pode não compreender as regras (tácitas) das condutas ou interações humanas, ou pode tornar-se excessivamente intrigado ou preocupado por questões semânticas. A naturalidade do mundo e das outras pessoas se perde e isso leva, usualmente, a um certo grau de hiper-reflexividade. Este sintoma *não* deve ser

classificado se a mudança principal abarca um temor persecutório de tipo paranoide que invade o mundo do paciente (“*Wahnstimmung*”). A reação do paciente é de perplexidade, curiosidade, espanto, tentando compreender (por meio da reflexão) ou lidar. O racionalismo mórbido e o geometrismo são suficientes, mas não necessários, para classificar esse sintoma.

Explicação dos termos

Racionalismo mórbido. Refere-se a uma atitude geral do paciente, que considera que os movimentos, questões e ações humanas são guiados por regras específicas, princípios e esquemas rígidos: “Um pai compra um caixão para sua filha moribunda como um presente de aniversário, porque, afinal, um caixão é algo que ela vai precisar” (Parnas and Bovet, 1991).

Geometrismo. Preocupação com os arranjos espaciais do mundo, com a simetria e com os aspectos matemáticos ou numéricos do mundo; corresponde a certa obsessão rígida e sem vida.

Sobreposição do racionalismo mórbido e do geometrismo. Ambos representam uma rigidez artificial *versus* um dinamismo adaptativo automático da “vida” (veja Minkowski).

Exemplos

- Todos os pensamentos existenciais se misturaram em pedaços no meu sistema mental. Não compreendo a vida. Toda a imagem da vida mudou. Tantas questões e tão poucas explicações!! Por que estamos vivendo?
- Ele afirma que “nada é relativo” no sentido de que não encontra conexão entre as coisas no mundo.
- A linguagem representa para ela um mar confuso e opressor de uma variação quase infinita de significados.
- Um paciente começou a duvidar do significado das palavras mais comuns. Ele comprou um dicionário para aprender esses significados desde o começo.
- Um paciente sempre refletia sobre as características autoevidentes do mundo: por que a grama é verde? Por que os sinais de trânsito têm três cores?
- Por que temos dois olhos?

2.13 Ansiedade

Subtipo 1

Ataques de pânico com sintomas autônomos: o paciente experimenta ataques de

ansiedade severa, que duram de minutos até horas, acompanhados por, pelo menos, dois dos seguintes sintomas: tremor, calafrios, palpitações, tontura, hiperventilação e medo de morrer. Podem ser acompanhados também por medo de desintegração mental ou perda da razão, seguido por desrealização ou sentimentos de autorreferência. Tais ataques podem ser disparados de uma forma não específica por estímulos externos (p.ex. estar sozinho).

Subtipo 2

Ansiedade psíquico-mental: um sentimento estritamente mental de ansiedade e tensão, talvez acompanhado por medo de desintegração mental, mas *sem* sintomas autônomos.

Subtipo 3

Ansiedade fóbica: qualquer tipo de ansiedade provocada por estímulos específicos, tais como lugares abertos, altura, quartos pequenos ou certos animais (exceto estímulos sociais).

Subtipo 4

Ansiedade social: insegurança provocada por encontros sociais, o olhar de outras pessoas, contato físico próximo, festas, aglomeração (pode incluir autorreferência).

Subtipo 5

Ansiedade difusa, flutuante e generalizada: ansiedade/tensão interna/afeto desagradável indescritível que é quase constante e pode ser provocado por uma multiplicidade de estímulos ou surgir sem razão aparente, tornando a vida e a relação com os outros quase insuportável e constantemente sentida como um fardo ou como uma fonte de sofrimento (ver também ansiedade ontológica (2.14)).

Subtipo 6

Ansiedade paranoide: ansiedade de qualquer tipo ligada à ideação paranoide (ser explorado, assediado, manipulado, não respeitado).

Nota: Em caso de sobreposição classifique todos os subtipos relevantes.

2.14 Ansiedade Ontológica

Um sentido pervasivo de insegurança, fraqueza, inferioridade, indecisão, baixa tolerância à ansiedade, um baixo grau de ansiedade flutuante persistente (sem objeto), ou uma sensação sutil e generalizada da iminência de algo ameaçador. O estilo de vida de uma pessoa com insegurança ontológica está mais focado na *autopreservação* do que na *autorrealização*. O mundo e os outros não são experimentados como fundamentos existenciais seguros e invariáveis, mas como enigmáticos, não confiáveis, ou ameaçadores. O paciente tem um sentimento pervasivo de estar exposto e uma necessidade de proteger-se ou esconder-se. Tais sentimentos de insegurança ontológica estão quase sempre associados a uma profunda sensação de perturbação de identidade, ambivalência, perda da evidência natural, ou hiper-reflexividade.

Nota: Essa característica deve ser classificada de forma muito conservadora e pode ser detectada usualmente apenas por meio de uma entrevista, que inclua informações sobre o funcionamento social, interpessoal e profissional, sobre os interesses, as motivações e a exploração da experiência subjetiva. Portanto, o sintoma deve ser registrado como presente apenas em adição à ansiedade (2.13.1; 2.13.2) ou à ansiedade difusa, flutuante e generalizada (2.13.5) e que haja evidência simultânea de, pelo menos, um dos itens a seguir: ambivalência (1.9), senso do *self* básico diminuído (2.1), distorção da perspectiva em primeira pessoa (2.2), despersonalização (2.3), desrealização (2.5), hiper-reflexividade (2.6), ou perplexidade (2.12).

2.15 Transparência diminuída da consciência

Um senso pervasivo ou recorrente de não estar completamente alerta, desperto ou consciente, como se houvesse uma falta de clareza, um obstáculo interno, ou sentimentos de pressão interna, bloqueio e opacidade. Os atos de consciência ou o *próprio modo de ser consciente* aparece como peculiarmente desvanecido, diminuído ou ineficiente.

Se o paciente reclama de um tipo de estado mental pervasivo, globalmente desagradável, mas não totalmente descritível, ou um sentimento global de pressão, opressão, bloqueio ou similar, localizando tais sensações na cabeça, mente ou cérebro, então a diminuição da transparência deve ser classificada como presente, isto se as queixas *não* forem causadas por um pensamento forçado concomitante (1.3). As experiências de diminuição de transparência *não* devem ser classificadas caso apareçam de forma secundária, por exemplo, ligadas ao pensamento forçado, estados alucinatórios, exaustão mental,

depressão clínica, distúrbio afetivo sazonal, distúrbio cerebral orgânico (p.ex. epilepsia) ou ao consumo de drogas.

Nota: A clareza *não* é usada aqui como no contexto do delírio (*delirium*), no qual, normalmente, se diz que ela está ausente. É muito difícil detectar a diminuição da transparência durante a entrevista; ela é frequentemente acompanhada por outros distúrbios do *self*.

Exemplos

- Sinto minha consciência fragmentada.
- É como um bloqueio universal contínuo, uma tensão.
- Sinto-me sempre “meio acordado”.
- Tenho sempre um sentimento de não ter dormido o suficiente.
- Não tenho autoconsciência.
- Tenho frequentemente um sentimento nebuloso na minha cabeça.

Vinheta típica 1: “Tenho uma sensação de como se meu cérebro estivesse encolhendo” (Pergunta: Como? Descreva, por favor): “É como uma pressão constante dentro da minha cabeça, como se houvesse algo errado lá dentro e, às vezes, também como se houvesse um anel ou uma correia ao redor da minha cabeça. Isto me impede de pensar e de ver corretamente”.

Vinheta típica 2: Um paciente diz que é frequentemente afetado por “vertigens”, o que significa que ele está “em contato com o mundo de uma maneira incompleta, apenas 60-70%. É como se não houvesse um buraco (nenhuma abertura) para o mundo. Há uma falta de transparência entre mim e o mundo”. Ele enfatiza: “*Não tem nada a ver com a percepção, com as impressões perceptivas ou com os sentidos*”.

Nota: Neste caso, deve ser registrada a presença diminuída, o “caso do vidro”, subtipo 2 (2.4.2), mas também a transparência diminuída da consciência, porque a experiência do paciente parece envolver uma diminuição da transparência da consciência como um meio da experiência (p.ex., sua insistência no fato de que o problema não está localizado nos processos sensoriais/perceptivos).

2.16 Iniciativa Diminuída (A.4)

Um senso pervasivo de que toda atividade requer esforço, dificuldade para iniciar ações. Em outras palavras, não é suficiente registrar esse item com base na falta de atividade ou apatia. O paciente deve descrever sua incapacidade para iniciar a ação (p.ex. ficar sentado por três horas preparando-se para ir ao correio).

Critério de exclusão: da mesma forma que na vitalidade diminuída (2.18).

2.17 Hipoedonia

A hedonia (*hedonia*) refere-se à capacidade de sentir prazer. De maneira pervasiva ou recorrente, ocorre a diminuição da capacidade de experimentar prazer em relação aos estímulos imediatamente ao redor, sejam “físicos”, perceptivo ou intelectuais (p. ex. anedonia social (*social anhedonia*) é registrada em outro lugar (2.4)).

Nota: Em contraste com a presença diminuída (2.4) descrita acima, estamos lidando aqui com sentimentos do *self* (*self-feelings*) associados seja a estados corpóreos circunscritos ou mentais em relação ao estímulo ambiental diretamente circunscrito (p.ex., diminuição do prazer em saborear a comida, tomar um banho quente, ausência de prazer sexual), ou em relação a atividades físicas ou atividade intelectual anteriormente consideradas prazerosas (p.ex., esporte, leitura). Essa definição segue a definição psiquiátrica contemporânea. Ainda assim, é provavelmente duvidoso que a *hipoedonia* ocorra individualmente, como um fenômeno completamente isolado, por exemplo, sem relação com a vitalidade diminuída (2.18), a presença diminuída (2.4), ou a distorção da perspectiva em primeira pessoa (2.2). Em caso de sobreposição, todos os itens relevantes devem ser classificados como presentes.

Exemplos

- Perdi a capacidade de sentir prazer. Antes, eu gostava muito de correr; agora isso já não me interessa.
- Sou incapaz de sentir prazer. Nada me estimula.

2.18 Vitalidade diminuída (A.3.1)

Um senso pervasivo ou frequentemente recorrente de fadiga mental ou física inexplicável, amortecimento da vivacidade (*aliveness*) imediata, diminuição da energia, da espontaneidade e do “*élan*”.

Subtipo 1

A diminuição da vitalidade com características de estado (*state-like*) ocorre durante o agravamento marcado por outros sintomas coexistentes como: apatia, inatividade, ficar na cama e outros sintomas, por exemplo, ruminções ou sentimentos de mudanças corporais.

Subtipo 2

A diminuição da vitalidade com características de traço (*trait-like*) ocorre de forma mais ou menos pervasiva ou como uma *característica relativamente isolada* e frequentemente recorrente.

Critérios de Exclusão

Estes fenômenos não devem ser classificados como presentes caso se expliquem através de outros fenômenos mais primários, ou que incluam perturbações como pensamento forçado (1.3), ruminções hiper-reflexivas (1.6), depressão clínica (que inclua melancolia e depressão severa tratada com sucesso por meio de antidepressivos), distúrbio cerebral orgânico ou efeitos colaterais farmacológicos.

Sentimentos intencionais desvanecidos ou ausentes (apatia; isto é, sentimentos especificamente direcionados a alguém, p.ex. família, crianças) são registrados acima como presença diminuída (2.4). Registre ambos em caso de dúvida.

Exemplos

- Eu não tenho energia, nenhum entusiasmo.
- Sinto-me completamente vazio.
- Sinto-me sempre cansado e exausto; fui ao médico, mas ele não encontrou nada errado do ponto de vista somático.
- Perdi toda a forma de desejo. Não tenho contato comigo mesmo, me sinto como um zumbi.
- Perdi meus sentimentos, o que me transforma quase em outra pessoa.

3. *Experiências corporais*

Descrição geral do domínio: Um senso normal de unidade e coerência psicofísica, uma interação normal ou oscilação do corpo enquanto “vivido desde dentro” como um sujeito ou alma (“*Leib*” espiritual, não-espacial) e do corpo enquanto objeto (“*Körper*” espacial e

físico). Em outras palavras, nossa experiência corporal não é a de um objeto, nem a de um sujeito puro, mas de ambos, simultaneamente.

3.1 Mudança morfológica (D.9)

Normalmente sensações paroxísticas (“como se”) ou percepções de diminuição ou constrição de partes singulares do corpo, ou experiências de partes do corpo ou de todo o corpo se tornando mais fino, mais curto, se contraindo, ampliando, sendo pressionado ou diminuído.

Subtipo 1

Sensações que afetam todo o corpo ou apenas partes dele, geralmente de maneira paroxística.

Subtipo 2

O paciente percebe uma mudança morfológica no seu corpo; por exemplo, ele vê suas mãos como que ampliadas (ilusões de mudança).

3.2 Fenômenos relacionados à imagem refletida (*mirror-related*) (C.2.3.6)

Este é um grupo de fenômenos que têm em comum ações como olhar de forma incomumente frequente e intensa para o espelho, ou evitar sua imagem especular, ou olhar apenas ocasionalmente, percebendo uma mudança facial.

Os pacientes percebem mudanças na sua própria face ou procuram por essas mudanças e, portanto, examinam-se no espelho frequentemente e/ou intensamente. Eles podem surpreender-se ou assustar-se pelo que veem, e tendem, inclusive, a evitar espelhos em função disso. Às vezes olham no espelho para se assegurar da própria existência. Podem também olhar fotos de si mesmos para descobrir algo sobre sua própria identidade.

Nota: Neste caso, registre também o senso do *self* básico diminuído (2.1).

Subtipo 1

O paciente apenas *procura* mudanças ou olha frequentemente no espelho por uma razão não específica, mas não há percepção exata de mudança.

Subtipo 2

O paciente *percebe* seu próprio rosto como mudado ou deformado de alguma maneira.

Subtipo 3

Outros fenômenos que podem pertencer a esta categoria (p.ex., assegurar-se da própria existência).

Exemplos

Do subtipo 1

- Ultimamente ela tem se sentido estranha, como se não fosse ela mesma, talvez fora de si (*absent-minded*). Ontem ela teve de olhar no espelho para checar se seu rosto havia mudado.

Nota: Aqui também deve ser classificada despersonalização psíquica (2.3).

Do subtipo 2

- Ela teve uma experiência de que seu rosto parecia com o rosto de uma bruxa e, portanto, não gostou de ver a si mesma no espelho.
- Ela viu que os músculos de seu pescoço estavam estranhamente salientes.
- Quando ela olhou no espelho, fixou-se sobre o olho, que viu, subitamente, como uma bola em sua cabeça. Aquilo foi “surreal”, e ela sentiu que seu rosto havia mudado.

3.3 Despersonalização Somática (*Estranhamento corporal*) (D.1.1)

O corpo ou algumas de suas partes são percebidas como estranhas, alheias, sem vida, isoladas, separadas umas das outras, deslocadas ou inexistentes.

Exemplos

- Quando eu olho para a parte debaixo do meu corpo, sinto-a constantemente retorcida e deslocada para a esquerda, em comparação com o resto do corpo.
- Tenho a sensação de que meus antebraços esquerdo e direito mudaram de lugar.
- Tenho a estranha sensação de que é o corpo de outra pessoa.
- É como se seu corpo fosse estranho. Ele sabe que é o seu corpo, mas sente “como se não estivesse conectado” a ele, “como se sua cabeça estivesse apenas presa ao corpo”.
- Ela sempre se sente distante, alienada, de si (*self-estranged*), “como se houvesse um

homenzinho em sua cabeça, conduzindo esse grande robô.” Às vezes ela olha para seus braços e mãos e tem a sensação de que eles não são seus.

Nota: Em contraste com a mudança morfológica (3.4), na qual há a sensação ou ilusão de uma mudança morfológica *específica*, estamos lidando aqui com experiências globais e difusas. Existem casos em que a despersonalização somática (3.3) e a mudança morfológica (3.1) não são claramente distinguíveis uma da outra. Se for assim, registre ambas positivamente.

3.4 *Desajuste e cisão psicofísicos (Psychophysical Misfit and Psychophysical Split)*

O corpo parece não se encaixar, como se fosse muito pequeno, muito grande, ou fosse desconfortável de algum modo ou tivesse mudado de alguma maneira. Isto está associado usualmente, mas não sempre, com um sentimento de que mente e corpo não se encaixam ou não combinam, como se estivessem desconectados de alguma forma, ou fossem independentes entre si.

Nota: Não registre aqui a aversão a aspectos concretos ou específicos da própria aparência, por exemplo, peso, altura.

Exemplos

- Ele carece de uma “autoaceitação saudável” do seu corpo, é difícil para ele “possuí-lo, cuidar de seu corpo, sem sentimentos de inferioridade e vergonha”. É difícil para ele “simplesmente estar no seu corpo”.
- Ela tem dificuldade em perceber que está em seu corpo e pode pensar “é estranho que eu esteja aqui”.
- Ele fala de uma “falta de coerência” ou uma cisão entre sua parte física, visível aos outros, e ele mesmo, isto é, tudo o que ocorre em sua mente. Ele sente que seu corpo é uma propriedade compartilhada, algo anônimo, distanciado dele.

3.5 *Desintegração corporal*

Sentimento de desintegração ou dissolução corporal, como se fragmentando, se desintegrando corporalmente ou desaparecendo.

Nota: Esta experiência pode estar ligada a distúrbios de demarcação, mas é posta aqui por ser mais conveniente para a entrevista.

3.6 Espacialização da Experiência Corporal

Predominância da experiência do corpo ou de suas partes como um objeto físico (físico/espacial), ao custo de experiências corporais vivas, espirituais, não-espaciais.

O paciente pode experimentar aqui um tipo de acesso introspectivo incomum a partes do corpo normalmente silenciosas ou a processos fisiológicos (p.ex., o paciente *experimenta* seus órgãos ou processos internos).

Exemplos

- Sente seu útero como se não fosse seu, como se estivesse destacado de alguma forma.

Nota: A despersonalização somática (2.8) também é registrada aqui.

- Posso sentir o sangue correndo debaixo da minha pele.

3.7 Experiências Cinestésicas (D.1; 3–9; 11–14)

Sensações corporais incomuns de adormecimento e rigidez: uma sensação de insensibilidade ou adormecimento (p.ex., nas mãos, pés ou outras partes do corpo).

Sensações corporais incomuns de dor em uma área distinta, não comparável e completamente diferente de dores pré-mórbidas conhecidas.

Sensações corporais que se movem pelo corpo.

Sensações corporais elétricas, sensações de ser eletrificado.

Sensações térmicas (sensação de calor e frio).

Sensações corporais de movimentos, tração ou pressão dentro do corpo ou em sua superfície.

Sensação de peso, leveza, ou vazio anormais, de cair ou afundar, de levitação ou elevação afetando todo o corpo ou apenas partes dele.

Sensações vestibulares.

Disestesias provocadas por estímulos sensoriais ou táteis: incômodos, isto é, dor provocada por um estímulo acústico. Toque sentido de forma desagradável e dolorosa.

Crises disestésicas (*Dysesthetic crises*): estados paroxísticos que, durante segundos ou minutos, envolvem sensações de dano corporal, distúrbios vegetativos centrais (*central-vegetative disturbances*) e medo de morrer.

3.8 Distúrbios Motores

Subtipo 1

Pseudomovimentos do corpo (D.10): o paciente experimenta pseudomovimentos do corpo, ou partes dele, por exemplo, os membros (não confundir com interferência motora, na qual ocorrem movimentos reais).

Exemplo

- Sensação do corpo balançando ou a perna sacudindo.

Subtipo 2

Interferência motora (C.3.1): descarrilamento (*derailment*) motor ou verbal que ocorre sem ou contra a intenção do paciente e normalmente interfere nas ações motoras intencionais ou na fala. Tais descarrilamentos são parte de um comportamento que é usualmente visado (movimentos pseudoespontâneos, p.ex., espasmo do olhar, movimentos estereotipados, síndrome de automatismo (*automatosis syndrome*)) e não são considerados pelo paciente como sendo causados ou influenciados por forças externas.

Subtipo 3

Bloqueio motor (C.3.2): impedimento ou bloqueio completo de ações motoras intencionais. Ocorre como um paroxismo. Bloqueios completos (“*Bannungszustände*”) podem aparecer subitamente, como um ataque ou paroxismo e desaparecer rapidamente. O paciente está completamente consciente, mas não consegue se mover ou falar. Estes bloqueios podem ser considerados como a contrapartida da síndrome de automatismo (*automatosis syndrome*) (C.3.1).

Subtipo 4

Sensação de paresia motora (*motor paresis*) (D.2): um sentimento súbito de fraqueza ou paresia dos braços ou pernas em um ou em ambos os lados do corpo. Essas “sensações de paresia” podem levar a pessoa a claudicar, a deixar coisas escorregarem da mão, a não ser capaz de segurar ferramentas, de forma que o trabalho tem de ser interrompido.

Além das variantes de curta duração, ocorrem também sensações duradouras de paresia (que persistem por semanas).

Subtipo 5

Desautomatização do movimento (C.3.3): ações cotidianas comuns (tais como vestir-se, lavar-se, barbear-se, pentear-se) que foram desempenhadas no passado de maneira mais ou menos automática não podem mais ser realizadas, ou o são somente com grande esforço ou força de vontade. As ações levam mais tempo para serem realizadas e requerem atenção máxima e consciente.

O desempenho parcialmente automatizado (p.ex., andar de bicicleta, tricotar ou trabalhar na cozinha) também é perturbado. Ações rotineiras que eram possíveis sem qualquer esforço são, mais ou menos, completamente perdidas.

3.9 Experiência Mimética (Ressonância entre o próprio movimento e o movimento dos outros) (C.2.3.7)

Pseudomovimentos de objetos e seres humanos observados são experimentados, especialmente quando o próprio paciente está em movimento. Ele, portanto, tentará frequentemente evitar o movimento. Ou o paciente ou o objeto/ser humano se move primeiro, ou ambos se movem simultaneamente, e o paciente sente como se houvesse uma estranha ligação entre os dois.

Nota: A experiência mimética tem afinidades com a experiência solipsista (domínio 5). Ela se localiza aqui por ser mais conveniente para a entrevista, focada agora sobre o corpo e o movimento.

4 Demarcação/Transitivismo

Descrição geral do domínio: Perda ou permeabilidade do limite entre o *self* e o mundo (*self-world boundary*). Esses distúrbios estão intimamente ligados aos distúrbios da autoconsciência (*self-awareness*) e da presença, mas aqui são listadas separadamente em virtude de sua natureza sintomática mais articulada.

4.1 Confusão com o outro

O paciente experimenta a si mesmo e seu interlocutor como se estivessem misturados (*mixed up*) ou interpenetrados (*interpenetrated*), no sentido de que ele perde a noção de quais pensamentos, sentimentos ou expressões se originam em quem. Ele pode descrever a experiência como um sentimento de invasão, imposto de maneira não específica, porém

desagradável ou de maneira a provocar ansiedade. No grau extremo deste último, registre também 4.3, subtipo 1.

4.2 *Confusão com a própria imagem especular*

Um sentimento de incerteza sobre quem é quem ou quem está onde, ao olhar para sua própria imagem no espelho ou para outra imagem refletida (p.ex., nos vidros da janela de uma loja), ou retratos e pinturas.

4.3 *Contato corporal ameaçador*

Subtipo 1

Um sentimento de ansiedade ou desconforto extremo ao estar próximo ou ser tocado por outra pessoa (mesmo uma pessoa próxima), ou ser abraçado. O contato corporal é sentido como uma ameaça à própria autonomia e existência. As relações sexuais podem ser insuportáveis.

Nota: Não classifique esse sintoma quando parecer causado por uma atitude paranoide e de desconfiança.

Subtipo 2

Um sentimento de desaparecimento pessoal (*personal disappearance*), aniquilação, ou de estar deixando de existir quando exposto ao contato próximo com outro, por exemplo, durante a relação sexual.

4.4 *Passividade do Humor (“Beeinflussungsstimmung”)*

Um sentimento ou humor difuso de estar, de alguma maneira, em uma posição passiva, perigosamente exposta, à mercê do mundo, de forma não específica e não concreta. É uma espécie de opressão por algo negativo que pode acontecer a qualquer momento, sem qualquer especificação temática (sobreposição com humor delirante). O senso de ser um sujeito volitivo autônomo é diminuído, o que pode, às vezes, obrigar a registrar também a distorção da perspectiva em primeira pessoa (2.2). O paciente não tem experiências concretas ou ideias delirantes sobre influências externas, ainda que ele sinta como se fosse de algum modo coagido pelo mundo externo.

4.5 Outros Fenômenos Transitivos

Outros sentimentos de demarcação corporal inadequada (também frente a objetos inanimados), um sentimento pervasivo de estar de alguma forma “muito aberto ou transparente”, ou ter uma pele extraordinariamente “fina”, sem barreiras, ou um estado em que o paciente está excessivamente preocupado com os mecanismos exatos das relações/influências entre si e o mundo e entre si e os outros, ou a sensação de ter uma “camada extra” especial cobrindo sua superfície corporal.

As variedades da percepção elevada, em que o paciente se queixa de uma barreira insuficiente contra estímulos sensoriais (principalmente ópticos), também devem ser registradas aqui.

5 Reorientação Existencial

Descrição geral do domínio: O paciente experimenta uma reorientação fundamental com relação a sua visão de mundo metafísica geral e/ou sua hierarquia de valores, projetos e interesses. Basicamente, as experiências de anomalias na autoconsciência (*self-awareness*) são estabelecidas (*enacted*) aqui e assim expressas existencialmente.

Experiências de tipo solipsista (Itens 5.1–5.6)

O paciente sente como se fosse um sujeito *único* no mundo (literalmente, ou com um sentido de centralidade), pode ter um senso fugaz de possuir capacidades ou poderes extraordinários (como se fosse um criador), pode experimentar o mundo externo como uma invenção de sua própria imaginação (o mundo se torna dependente da mente), e o paciente pode sentir um acesso experiencial às capacidades constitutivas de sua própria mente (acesso experiencial a seu “inconsciente cognitivo”).

5.1 Fenômenos de autorreferência primária (C.1.17)

O sujeito sente uma ligação imediata entre si mesmo e eventos externos ou outras pessoas, uma ligação que *não* é explicada nem mediada por uma atitude paranoide preexistente, sentimentos de insuficiência, crises de pânico precedentes ou culpa depressiva. Em outras palavras, estamos lidando aqui com *fenômenos de autorreferência primária que não podem ser reduzidos psicologicamente* (isto é, explicados em termos de outros mecanismos).

Exemplos

- Em uma festa tudo parecia que se originava ou que era dependente dele.
- Ao ver um grupo de passageiros desembarcando do ônibus ela teve a sensação de que desempenhavam algum tipo de paródia de seu estado real.
- Enquanto tomava uma xícara de café, ele pensou que as nuvens se assemelhavam a um homem tomando uma xícara de café.

5.2 Sentimento de Centralidade

Sentimentos efêmeros de ser o centro do universo.

Exemplo

- Um antigo médico recordou que quando trabalhava em um pequeno hospital provinciano tinha, às vezes, um sentimento fugaz de “como se” fosse o único médico no mundo inteiro e que o destino da humanidade dependia dele.

5.3 Sentimento de como se o campo experiencial do sujeito fosse a única realidade existente

Exemplo

- Um paciente tinha, às vezes, a sensação fugaz de como se apenas os objetos no seu campo visual existissem. Outras pessoas e lugares pareciam não existir. Ele imediatamente considerava isso como sem sentido (*nonsense*).

5.4 Sentimentos de “como se” possuísse poderes criativos extraordinários, insights extraordinários sobre dimensões ocultas da realidade, ou insights extraordinários sobre a própria mente ou a mente dos outros

5.5 Sentimentos de “como se” o mundo experienciado não fosse verdadeiramente real, existente, como se fosse apenas, de certo modo, aparente, ilusório ou enganoso

Exemplos

- Ele experimenta outras pessoas como robôs e todas as coisas como um grande vaso de moléculas, e então começa a se perguntar se o mundo é real.

- Quando criança, sentia que “o mundo inteiro havia sido construído para ela”, como um cenário.

5.6 Ideias mágicas (isto é, ideias que implicam causalidade não-física), ligadas ao modo de experiência subjetiva (5.1–5.5)

Exemplo

- Teve a impressão de que era como se pudesse controlar o clima, como se o mudasse conforme seu humor.

5.7 Mudança Existencial ou Intelectual

Preocupação nova ou incomum com temas existenciais, metafísicos, religiosos, filosóficos ou psicológicos. Não classifique em caso de estados hipomaníacos ou maníacos.

Temas frequentemente relatados: fenômenos sobrenaturais; religião (especialmente oriental); experiência mística; filosofia; temas transcendentais; meditação; psicologia; rituais antigos; símbolos; reencarnação; vida futura; luta entre o bem e o mal; paz universal e comunicação; sentido da existência; destino da humanidade; salvação; abordagens alternativas da ciência; ideias relacionadas à saúde e nutrição.

Exemplos

- Novas ideias e interesses invadiram gradualmente minha vida e pensar neles me absorvia; deixaram uma marca na minha vida inteira.
- Extremamente ocupado por pensamentos sobre como ser suficientemente bom.
- Teve que redefinir e analisar tudo sobre o que havia pensado.
- Precisei de novos conceitos para o mundo e para a existência humana.

5.8 Grandiosidade Solipsista

O paciente, seja na fala seja no comportamento, exibe um senso de superioridade sobre os outros humanos, tipicamente associado a seu sentimento de possuir *insights* e capacidades extraordinárias (5.4). Os outros são vistos como tolos ignorantes que se importam apenas com aspectos materiais (superficiais) da existência. Essa atitude frequentemente tem um leve matiz maneirista.

Referências

- Gross G, Huber G, Klosterkötter J, Linz M (1987). Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen. Berlin, Springer (Danish transl P Handest, M Handest, Copenhagen, Synthelabo, 1995).
- Handest P, Parnas J. (2005). Clinical characteristics of 50 first-admitted ICD-10 schizotypal patients. *Br J Psychiatry*;187(suppl): 49–54.
- Matthysse S, Holzman PS, Gusella JF, Levy DL, Harte CB, Jørgensen Å, Møller L, Parnas J. (2004) Linkage of eye movement dysfunction to chromosome 6p in schizophrenia: additional evidence. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*; 128: 30–36.
- Merleau-Ponty M. (1962) *Phenomenology of Perception*. London, Routledge and Kegan.
- Møller P, Husby R. (2000). The initial prodrome in schizophrenia: searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. *Schizophr Bull*; 26: 217–232.
- Parnas J. (2003). Self and schizophrenia: a phenomenological perspective; in Kircher T, David A (eds). *The Self in Neuroscience and Psychiatry*. Cambridge, Cambridge University Press, pp. 127–141.
- Parnas J, Bovet P. (1991). Autism in schizophrenia revisited. *Compr Psychiatry*; 32: 1–15.
- Parnas J, Cannon T, Jacobsen B, Schulsinger H, Schulsinger F, Mednick SA. (1993). Lifetime DSM-III-R diagnostic outcomes in offspring of schizophrenic mothers: the results from the Copenhagen High Risk Study. *Arch Gen Psychiatry*; 50: 707–714.
- Parnas J, Handest P. (2003). Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. *Compr Psychiatry*; 44: 121–134.
- Parnas J, Handest P, Sæbye D, Jansson L. (2003). Anomalies of subjective experience in schizophrenia and psychotic bipolar illness. *Acta Psychiatr Scand*; 108: 126–133.
- Parnas J, Jansson L, Sass LA, Handest P. (1998). Self-experience in the prodromal phases of schizophrenia: a pilot study of first admissions. *Neurol Psychiatry Brain Res*; 6: 107–116.
- Parnas J, Zahavi D. (2002). The role of phenomenology in psychiatric classification and diagnosis; in Maj M, Gaebel W, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N (eds): *Psychiatric Diagnosis and Classification*. World Psychiatric Association's Series on Evidence and Experience in Psychiatry. Chichester, Wiley, pp 137–162.
- Sass LA, Parnas J. (2003). Self, consciousness, and schizophrenia. *Schizophr Bull*; 29: 427–444.

Apêndice A: Critério de avaliação do EASE

Frequência/severidade		Pontuação
Ausência	Ausência (definitivamente ausente/nunca experimentado)	0
Presença questionável	Talvez experimentado, mas lembrado apenas em poucas ocasiões ou de modo pouco intenso durante a vida do paciente (questionavelmente presente)	1
Presente Leve	Definitivamente experimentado, pelo menos três vezes no total (usualmente mais frequente), mas em ocasiões irregulares; o sintoma não constitui um problema grave ou fonte de estresse para o paciente	2
Moderado	O sintoma está presente ou diariamente, por extensos períodos de tempo (p.ex., pelo menos diariamente durante uma semana, duas vezes ao ano), ou frequentemente, mas de maneira esporádica por pelo menos 12 meses (pode constituir um problema ou uma fonte de estresse)	4
Severo	Quase constantemente presente (p.ex., diariamente durante as últimas duas semanas); tipicamente estressante, fonte de sofrimento e disfunção	5
Não classificável	Falta de informação que permita fazer um julgamento	Em branco

Nível de presença	Pontuação	Presente agora, isto é, 2 semanas	Associado ao consumo de drogas	Fatores estimulantes específicos	Elaboração psicótica
-------------------	-----------	-----------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	----------------------

Ausência

Presença questionável

Leve

Moderado

Severo

Apêndice B: Lista de itens EASE

- 1 Cognição e fluxo de consciência
 - 1.1 Interferência de pensamento
 - 1.2 Perda da ipseidade do pensamento (*'Gedankenenteignung'*)
 - 1.3 Pensamento forçado
 - 1.4 Bloqueio de pensamento
 - 1.4.1 Subtipo 1: Bloqueio
 - 1.4.2 Subtipo 2: Desvanecimento
 - 1.4.3 Subtipo 3: Combinação
 - 1.5 Eco silencioso do pensamento
 - 1.6 Ruminações – Obsessões
 - 1.6.1 Subtipo 1: Ruminação pura
 - 1.6.2 Subtipo 2: Ruminações secundárias
 - 1.6.3 Subtipo 3: Obsessões verdadeiras
 - 1.6.4 Subtipo 4: Pseudo-obsessões
 - 1.6.5 Subtipo 5: Rituais/compulsões
 - 1.7 Caráter perceptivo do discurso interno ou pensamento
 - 1.7.1 Subtipo 1: internalizado
 - 1.7.2 Subtipo 2: equivalentes
 - 1.7.3 Subtipo 3: interno como sintoma de primeira ordem
 - 1.7.4 Subtipo 4: externo
 - 1.8 Espacialização da experiência
 - 1.9 Ambivalência
 - 1.10 Incapacidade para discriminar modalidades da intencionalidade
 - 1.11 Distúrbio da iniciativa ou da intencionalidade do pensamento
 - 1.12 Distúrbios da atenção
 - 1.12.1 Subtipo 1: Captação por detalhes
 - 1.12.2 Subtipo 2: Incapacidade de dividir a atenção
 - 1.13 Distúrbios da memória de curto-prazo
 - 1.14 Distúrbios na experiência do tempo
 - 1.14.1 Subtipo 1: Distúrbios na experiência temporal subjetiva
 - 1.14.2 Subtipo 2: Distúrbios do tempo existencial: (temporalidade)
 - 1.15 Consciência descontínua da própria ação
 - 1.16 Discordância entre a expressão pretendida e o expresso
 - 1.17 Distúrbio da função expressiva da linguagem
-
- 2 Autoconsciência (Self-Awareness) e presença
 - 2.1 Senso do *self* básico diminuído
 - 2.1.1 Subtipo 1: Começo na infância
 - 2.1.2 Subtipo 2: Começo na adolescência
 - 2.2 Distorção da perspectiva em primeira pessoa
 - 2.2.1 Subtipo 1: mesmidade/subjetividade
 - 2.2.2 Subtipo 2: distância experiencial

- 2.2.3 Subtipo 3: Espacialização do *self*
- 2.3 Despersonalização psíquica (autoalienação)
 - 2.3.1 Subtipo 1: Despersonalização melancoliforme
 - 2.3.2 Subtipo 2: Despersonalização não-específica
- 2.4 Presença diminuída
 - 2.4.1 Subtipo 1: não ser afetado
 - 2.4.2 Subtipo 2: distância do mundo
 - 2.4.3 Subtipo 3: conforme as do subtipo 2 mais desrealização
- 2.5 Desrealização
 - 2.5.1 Subtipo 1: Desrealização fluída
 - 2.5.2 Subtipo 2: Desrealização intrusiva
- 2.6 Hiper-reflexividade; Reflexividade aumentada
- 2.7 Eu-cindido (*‘Ich-Spaltung’*)
 - 2.7.1 Subtipo 1: Suspeita de eu-cindido
 - 2.7.2 Subtipo 2: Experiência de “como se”
 - 2.7.3 Subtipo 3: Experiência espacializada concreta
 - 2.7.4 Subtipo 4: elaboração delirante
- 2.8 Despersonalização dissociativa
 - 2.8.1 Subtipo 1: Fenômeno “como se”
 - 2.8.2 Subtipo 2: Alucinação visual dissociativa
- 2.9 Confusão de identidade
- 2.10 Sensação de mudança com relação à idade cronológica
- 2.11 Sensação de mudança em relação ao gênero
 - 2.11.1 Subtipo 1: Medo ocasional de ser homossexual
 - 2.11.2 Subtipo 2: Sentimento de como se fosse do sexo oposto
- 2.12 Perda do senso comum/perplexidade/perda da evidência natural
- 2.13 Ansiedade
 - 2.13.1 Subtipo 1: Ataques de pânico com sintomas autônomos
 - 2.13.2 Subtipo 2: Ansiedade psíquico-mental
 - 2.13.3 Subtipo 3: Ansiedade fóbica
 - 2.13.4 Subtipo 4: Ansiedade social
 - 2.13.5 Subtipo 5: Ansiedade generalizada, difusa e flutuante
 - 2.13.6 Subtipo 6: Ansiedade paranoide
- 2.14 Ansiedade Ontológica
- 2.15 Transparência diminuída da consciência
- 2.16 Iniciativa Diminuída
- 2.17 Hipoedonia
- 2.18 Vitalidade diminuída (A.3.1)
 - 2.18.1 Subtipo 1: Características de estado
 - 2.18.2 Subtipo 2: Características de traço

3 Experiências corporais

3.1 Mudança morfológica

3.1.1 Subtipo 1: sensação de mudança

- 3.1.2 Subtipo 2: percepção da mudança
- 3.2 Fenômenos relacionados à imagem refletida
 - 3.2.1 Subtipo 1: procura por mudanças
 - 3.2.2 Subtipo 2: percepção da mudança
 - 3.2.3 Subtipo 3: Outros fenômenos
- 3.3 Despersonalização Somática (estranhamento corporal)
- 3.4 Desajuste e cisão psicofísicos
- 3.5 Desintegração corporal
- 3.6 Espacialização (objetificação) da Experiência Corporal
- 3.7 Experiências Cinestésicas
- 3.8 Perturbações Motoras
 - 3.8.1 Subtipo 1: Pseudomovimentos do corpo
 - 3.8.2 Subtipo 2: Interferência motora
 - 3.8.3 Subtipo 3: Bloqueio motor
 - 3.8.4 Subtipo 4: Sensação de paresia motora
 - 3.8.5 Subtipo 5: Desautomatização do movimento
- 3.9 Experiência Mimética (Ressonância entre o próprio movimento e o movimento dos outros)

4 Demarcação/Transitivismo

- 4.1 Confusão com o outro
- 4.2 Confusão com a própria imagem especular
- 4.3 Contato corporal ameaçador e sentimentos de fusão com o outro
 - 4.3.1 Subtipo 1: sensação desagradável, estimula ansiedade
 - 4.3.2 Subtipo 2: sentimento de desaparecimento, aniquilação
- 4.4 Passividade do Humor (*'Beeinflussungsstimmung'*)
- 4.5 Outros Fenômenos Transitivos

5 Reorientação Existencial

- 5.1 Fenômenos de autorreferência primária
- 5.2 Sentimento de Centralidade
- 5.3 Sentimento de como se o campo experiencial do sujeito fosse a única realidade existente
- 5.4 Sentimentos “como se” possuísse poderes criativos extraordinários, insights extraordinários sobre dimensões ocultas da realidade, ou insights extraordinários sobre a própria mente ou a mente dos outros
- 5.5 Sentimentos “como se” o mundo experienciado não fosse verdadeiramente real, existente, como se fosse apenas de certo modo aparente, ilusório ou enganoso
- 5.6 Ideias mágicas ligadas ao modo de experiência subjetiva
- 5.7 Mudança Existencial ou Intelectual
- 5.8 Grandiosidade Solipsista

Apêndice C: Comparação EASE/BSABS

EASE	BSABS
1.1 Interferência de pensamento	C.1.1
1.3 Pensamento forçado	C.1.3
1.4 Bloqueio de pensamento	C.1.4
1.6.1 Ruminação pura	C.1.2 (parcial)
1.6.2 Ruminções secundárias	C.1.2 (parcial)
1.6.3 Obsessões verdadeiras	B.3.2 (parcial)
1.6.4 Pseudo-obsessões	B.3.2 (parcial)
1.6.5 Rituais/compulsões	B.3.2 (parcial)
1.9 Ambivalência	A.5
1.10 Incapacidade para discriminar modalidades da intencionalidade	C.1.15/A.6.2 (parcial)
1.11 Distúrbio da iniciativa ou da intencionalidade do pensamento	C.1.13
1.12.1 Captação por detalhes	C.2.9
1.12.2 Incapacidade de dividir a atenção	A.8.4
1.13 Distúrbios da memória de curto-prazo	C.1.9
1.15 Consciência descontínua da própria ação	C.2.10
1.16 Discordância entre a expressão pretendida e o expresso	A.7.2
1.17 Distúrbio da função expressiva da linguagem	C.1.7
2.2.2 Distância experiencial	B.3.4 (parcial)
2.3.2 Despersonalização não-específica	B.3.4 (parcial)
2.4.1 Não ser afetado	A.6.3 (parcial)
2.5.1 Desrealização fluída	C.2.11
2.5.2 Desrealização intrusiva	C.2.11

2.6 Hiper-reflexividade; Reflexividade aumentada	B.3.1
2.13.2 Ansiedade psíquico-mental	D.15 (parcial)
2.13.3 Ansiedade fóbica	B.3.3
2.16 Iniciativa diminuída	A.4
2.17 Hipoedonia	A.6.3 (parcial)
2.18.1 Vitalidade diminuída características de estado	A.3.1 (parcial)
2.18.2 Vitalidade diminuída características de traço	A.3.1 (parcial)
<hr/>	
3.1.1 Mudança morfológica, sensação de mudança	D.9
3.2.2 Fenômenos relacionados à imagem refletida, percepção da mudança	C.2.3.6 (parcial)
3.3 Despersonalização Somática	D.1.1
3.7 Experiências Cinestésicas	D.1; D.3–9; D.11–14
3.8.1 Pseudo-movimentos do corpo	D.10
3.8.2 Interferência motora	C.3.1
3.8.3 Bloqueio motor	C.3.2
3.8.4 Sensação de paresia motora	D.2
3.8.5 Desautomatização do movimento	C.3.3
3.9 Experiência Mimética	C.2.3.7
<hr/>	
5.1 Fenômenos de autorreferência primária	C.1.17
<hr/>	

Por uma questão de completude, deve-se notar que existem certas sobreposições naturais entre os itens EASE e BSABS; no entanto, as definições não precisam ser exatamente idênticas. Via de regra, os itens EASE são descritos em detalhes mais fenomenológicos. Com propósito comparativo, apresentamos as listas dos itens de ambas as escalas. Isso permite avaliar as similaridades entre os estudos que usam diferentes instrumentos.
