

**RELAÇÕES
,
INTERPESSOAIS
NA
ESQUIZOFRENIA
PARANOIDE**

ESTUDO EXPERIMENTAL

Ref. 5864

Instituto Superior de Psicologia Aplicada
BIBLIOTECA

M. LUISA FIGUEIRA

M.Luisa Figueira
Cadeira de Psicologia Médica da
Faculdade de Medicina de Lisboa

RELAÇÕES INTERPESSOAIS
NA ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE
estudo experimental

Faculdade de Medicina de Lisboa
1984

Tese de doutoramento apresentada
na
FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA

PREFÁCIO

Um trabalho experimental resulta sempre de um esforço colectivo. É parte integrante de um projecto mais vasto, quadro de referência teórico, apriorístico, que permite aos dados readquirir uma qualquer realidade. Esta foi uma das escolhas deste trabalho de investigação. Se, como é facilmente deduzível da sua leitura, não pretendemos a paternidade do modelo, não deixamos, por esse motivo, de o não considerar com rigor e precisão necessárias para que, "críticos epistemológicos" lhe atribuam o estatuto elevado, mesmo máximo, de "científico". Por esse motivo, verificável, replicável e sujeito a refutações e crítica. Doutro modo, estaríamos a falar de religião, de dogmas ou de fantasmas. Esta, uma segunda razão da nossa escolha. E porque lhe atribuimos este valor, as nossas preocupações não se esgotam num pragmatismo fácil ou em considerações pseudo-humanistas ("avant la lettre!") de uma psicologia do senso-comum. Por outro lado, se para "falar" de, ou conhecer em, psicologia confundirmos o sujeito e o objecto de conhecimento, ignorarmos a opacidade inerente ao acto de conhecer, podemos, mesmo assim, aproximarmo-nos de alguns atributos dessa realidade. Mas, se não

ultrapassarmos esse obstáculo, e a tentação que consiste em atribuir o valor de realidade aos seus enunciados, então colocamo-nos na posição de quem não distingue um "objecto", que é teórico, de uma "coisa" que é percebida. Armadilha em que caem habitualmente os sujeitos "pré-operatórios" ou os empiristas ingênuos. Gostaríamos de ter conseguido evitar também esta "doença infantil da psiquiatria", mas, tal como em ciência, nada é seguro, e só a possibilidade prospectiva pode trazer alguma certeza, "espectáculo" quase sempre perdido para o próprio.

Podemos considerar que foi para nós gratificante termos tido a possibilidade de trabalhar numa equipe com um projecto, embora ambicioso nos atraia também por isso, que visa essencialmente ultrapassar o estadio natural e intuitivo da produção de conhecimentos em psicopatologia. E se o trabalho experimental tem momentos longos, de luta contra a monotonia e a aridez dos dados, o "retorno" à realidade (ao real entre o possível) e o reencontro dos factos teóricos com os acontecimentos clinicamente intuídos ou vivenciados, é por si só, fonte de um prazer, no mínimo estético. As dificuldades criadas pela recusa a uma posição ateórica e a um pragmatismo sem crítica, são nesse momento também compensadas pelo vislumbre de uma diminuição da incerteza, de uma hipotética passagem ao plano da explicação.

Não são resultados espectaculares que transformam em científico o que já não o era, e a psicologia sofre desse mal, tal como a sociedade de consumo. Nesta, a "esquizofrenia", tornou-se uma metáfora. Desde ter sido declarada como ficção até sacralizada como o paradigma da "viagem" fora dos limites, à "outra face" do homem, tornou-se num dos "objectos" mais manipulados na linguagem metapsicológica dos últimos vinte anos. O pensamento do esquizofrénico, no que representa de hiper-reificação e de alienação com a realidade inter-humana, tem sido considerado como a forma, por excelência, da existência antidualética. No caso do delírio, a fragmentação dos objectos e totalidades significantes força-nos ao enfrentar de um

"labirinto" insolúvel, mas que poderíamos ser tentados a seguir, atraídos pelo mistério e pelo ilusório que de súbito se cristaliza diante de nós. Procedimento que não conduz ao saber, mas à criação de novas metáforas e à produção de conhecimentos tão obscuros, como o objecto que tínhamos a pretensão de apreender. Tanto, como em qualquer outra forma de perturbação psíquica, mais agudamente pelos problemas de dúvida que coloca à própria essência e limites do humano, a esquizofrenia consistiu e consiste, num desafio para qualquer espírito minimamente interrogativo.

Desde há alguns anos, nos interessamos pelos aspectos cognitivos da esquizofrenia, praticamente desde que tomámos contacto, mais de perto, com os doentes da Clínica do Hospital Julio de Matos, em 1968, data em iniciámos a nossa prática psiquiátrica. Em finais de 1969, em contacto com Bärbel Inhelder, tentámos iniciar um projecto de investigação, hoje seguido por Elsa Schmid-Kitsikis, com a extensão do modelo piagetiano à psicopatologia do adulto, nomeadamente diagnosticado como esquizofrénico. Projecto que não teve prossecução por termos aceite a solicitação do Prof. Simões da Fonseca para trabalhar numa investigação, então em curso no Laboratório de Psicofisiologia, sobre o estudo dos processos cognitivos em situações de aprendizagem condicionada, e que evoluiria para situações com estímulos mais complexos, do nível semântico. Desde então, temos trabalhado nesse projecto, uma parte do qual originou o trabalho desta Tese, com resultados pessoais satisfatórios.

Colaboraram neste trabalho, na sua fase experimental de colheita de dados, todos os colegas da cadeira de Psicologia Médica, sem excepção. Sem essa ajuda não teria sido possível obter uma massa tão elevada de dados laboratoriais, em experiências com horas de duração. Do mesmo modo, os funcionários da Cadeira e Laboratório de Psicologia, foram um apoio indispensável nos aspectos técnicos e infra-estrutura, não menos importantes para esta investigação. No Centro de Cálculo do Instituto Gulbenkian de Ciência e no Centro de Estatística Aplicada da Faculdade de

Ciências da Universidade de Lisboa, nomeadamente com os investigadores com quem colaboramos desde há alguns anos, encontrámos sempre uma disponibilidade, apoio técnico e logístico fundamentais para o tratamento matemático dos dados e seu processamento em computador. Grande parte dos doentes da amostra que estudámos, foram-nos enviados, para esse efeito, pelos colegas do serviço de Psiquiatria, com quem mantemos relações de correcta e produtiva emulação. A todos, em conjunto, queremos agradecer o apoio que, de uma forma ou de outra, se revelou indispensável à execução do nosso projecto de Tese.

Gostaríamos de poder prosseguir na conjugação dos esforços para a procura de um estatuto científico para a Psicologia e Psicopatologia, "doentes" que sofremos da compulsão- fatal- do saber. Parafraseando Adriano, transposto para este contexto: "Je n'en suis pas moins arrivé à l'âge où la vie, pour chaque homme, est une défaite acceptée. Dire que mes jours sont comptés ne signifie rien; il en fut toujours ainsi; il en est ainsi pour nous tous. Mais l'incertitude du lieu, du temps, et du monde, qui nous empêche de bien distinguer ce but vers lequel nous avançons sans trêve, diminue pour moi à mesure que progresse ma maladie mortelle" (Marguerite Yourcenar).

ÍNDICE

PREFÁCIO	vii
----------	-----

INTRODUÇÃO	I
------------	---

CAPÍTULO 1

OS SISTEMAS DE DIAGNÓSTICO E A CLASSIFICAÇÃO DIMENSIONAL DA ESQUIZOFRENIA

INTRODUÇÃO	1.1
------------	-----

CRITÉRIOS E SISTEMAS DE DIAGNÓSTICO DA ESQUIZOFRENIA	1.3
---	-----

A CLASSIFICAÇÃO DIMENSIONAL DA ESQUIZOFRENIA	1.19
--	------

Dimensão paranóide - não paranóide	1.21
------------------------------------	------

Dimensão aguda - crónica	1.25
--------------------------	------

Dimensão processo - reacção	1.32
-----------------------------	------

CAPÍTULO 2

PERTURBAÇÃO DE SISTEMAS INTERPESSOAIS NA ESQUIZOFRENIA

INTRODUÇÃO AOS SISTEMAS INTERPESSOAIS	2.1
---------------------------------------	-----

AS PERTURBAÇÕES NA RELAÇÃO INTERPESSOAL DOS ESQUIZOFRÉNICOS DE UM PONTO DE VISTA CLÍNICO - FENOMENOLÓGICO	2.4
---	-----

AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA ESQUIZOFRENIA A NÍVEL COMPORTAMENTAL	2.18
--	------

INDICE

A DISSOCIABILIZAÇÃO DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA ESQUIZOFRENIA 2.28

A dissociabilização e o desinvestimento
da libido da realidade objectal
Os modelos psicanalíticos. 2.30

A dissociabilização e a alteração da
comunicação social. Contribuição de
CAMERON 2.35

A distorção do sistema interpessoal
na teoria de H.S.SULLIVAN 2.47

A dissociabilização na esquizofrenia como
interpretação do comportamento de retirada
Teoria integrativa de S. ARIETI 2.51

ALTERAÇÃO DE SISTEMAS DE COMUNICAÇÃO VERBAL NA ESQUIZOFRENIA EM SITUAÇÕES EXPERIMENTAIS 2.67

O défice de comunicabilidade
na esquizofrenia 2.69

Análise psicolinguística da incoerência
na esquizofrenia 2.84

CAPÍTULO 3

OS MODELOS DE ANÁLISE DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

INTRODUÇÃO AO ESTUDO DOS MODELOS DE INTERACÇÃO
EM PEQUENOS GRUPOS 3.1

A DIMENSÃO INTERPESSOAL DA PERSONALIDADE 3.4

O sistema interpessoal da personalidade
de acordo com T. LEARY. 3.6

INDICE

Os níveis de personalidade	3.15
O diagnóstico funcional da personalidade	3.21
Relações entre o diagnóstico psicopatológico e o diagnóstico interpessoal	3.23
A tipologia interpessoal	3.26
Os modelos de análise do processo de interacção segundo R. F. BALES	3.38
O sistema de observação de grupos a níveis múltiplos (SYMLOG)	3.53
Os sistemas de classificação interpessoal de Bales e Leary	3.59
Modelo experimental de relações interpessoais em grupos sociais restritos J.SIMÕES DA FONSECA	3.62
Introdução à construção do modelo experimental	3.62
Indicadores de aprendizagem e interacção social	3.69
Categorias cognitivas de interacção social	3.70
Os fenómenos ou operações de relação interpessoal	3.75
Síntese das investigações com o modelo "sistémico" de relações interpessoais	3.90

CAPÍTULO 4

MATERIAL E MÉTODOS

AMOSTRA DE ESQUIZOFRÉNICOS PARANÓIDES	4.1
---------------------------------------	-----

INDICE

Características gerais da amostra	4.4
Caracterização psicopatológica da amostra	4.5
Amostra de voluntários normais	4.12
DESCRIPÇÃO DA SITUAÇÃO EXPERIMENTAL	
As situações sociais de relação interpessoal num grupo restrito	4.13
OS FENÓMENOS DE RELAÇÃO INTERPESSOAL	
ANÁLISE DOS DADOS OBSERVADOS	
NÍVEIS DE INTERPRETAÇÃO	4.17
Denotação dos fenómenos de relação interpessoal	4.19
Categorização dos protocolos verbais	4.22
AVALIAÇÃO CLÍNICA QUANTITATIVA	4.24
O Exame Do Estado Actual ou "PSE"	4.25
O sistema AMDP	4.28
VARIÁVEIS PSICOPATOLÓGICAS CONDENSADAS DO AMDP	4.29
Descrição fenomenológica das variáveis clínicas condensadas	4.39
MÉTODOS ESTATÍSTICOS E DE ANÁLISE MATEMÁTICA DOS DADOS	
Métodos de análise factorial	4.56
Métodos de agregação ou de classificação	4.58
Método de análise discriminante multivariada	4.59

INDICE

CAPÍTULO 5

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

INTRODUÇÃO	5.1
ANÁLISE FACTORIAL DAS CORRESPONDÊNCIAS	5.9
Os factores de interacção social dos esquizofrénicos paranóides	5.9
Relação entre as categorias de interacção social e as variáveis psicopatológicas condensadas	5.63
Os componentes principais da descrição interpessoal e psicopatológica dos esquizofrénicos paranóides	5.114
Descrição clínica quantitativa (escalas AMDP IV e V) da amostra de esquizofrénicos paranóides	5.127
O "perfil" de relação interpessoal da esquizofrenia paranóide e o "perfil" da normalidade	5.138
O "perfil" de interacção social dos esquizofrénicos paranóides	5.175
O "perfil" de interacção social dos voluntários normais	5.177
ANÁLISE CLASSIFICATÓRIA OU DE AGREGAÇÃO	5.202
Classificação da amostra de esquizofrénicos paranóides	5.202
Classificação da amostra de esquizofrénicos paranóides e de sujeitos normais	5.213

INDICE

MÉTODO DE ANÁLISE DISCRIMINANTE MULTIVARIADA 5.221

Discriminação entre as 4 situações sociais
na amostra de esquizofrênicos paranóides 5.221

Discriminação entre esquizofrênicos
paranóides e voluntários normais 5.228

CAPÍTULO 6

SÍNTESE E CONCLUSÕES 6.1

BIBLIOGRAFIA 1

INTRODUÇÃO

Neste estudo experimental das relações interpersonais, em grupos sociais restritos, de sujeitos diagnosticados como esquizofrênicos paranóides, não temos como objectivo explicar as perturbações psicopatológicas descritas habitualmente neste tipo de esquizofrenia, nem qualquer aspecto etiopatológico desta perturbação, enquanto entidade nosológica com os seus múltiplos aspectos expressivos. Não temos a pretensão de resolver este problema, controverso, ou sequer de propor soluções, dado que tem uma complexidade que ultrapassa largamente o âmbito deste trabalho. A sua natureza experimental e objectiva, torna impraticável o estudo rigoroso das múltiplas variáveis, implícitas ou deduzíveis, nas perturbações da esquizofrenia ou que têm sido descritas nesta doença, quer de um ponto de vista comportamental ou clínico-fenomenológico, quer numa perspectiva biológica. Pensamos que, no estado actual dos conhecimentos, não é ainda possível formalizar um sistema explicativo para esta situação, na qual têm sido verificadas alterações a todos os níveis de funcionamento fisiológico, psicológico e social.

Perante uma situação que experimentalmente parecia insolúvel, optámos pelo estudo rigoroso de um subsistema, que embora parcelar, nos permitisse uma interpretação dos dados, objectivamente registados, em termos de uma teoria coerente e com poder explicativo.

A esquizofrenia, entendida como uma situação que conduz a uma desadequação ou desadaptação do sujeito face ao ambiente externo e à sua realidade interna, pode ser conceptualizada como um sistema perturbado nos seus vários níveis: nível social, comunitário e institucional, nível interpessoal na experiência familiar, outras interações em pequenos grupos ou na relação interpessoal diádica; nível da pessoa do esquizofrénico ou do seu comportamento observável; plano corporal ou organísmico; e finalmente no nível suborganísmico, isto é o dos subsistemas neuronais ou estruturas nervosas celulares, sinápticas ou bioquímicas. Níveis que estão interpenetrados de tal modo que uma alteração, por exemplo, do processamento da informação, em qualquer deles leva necessariamente a alterações nos níveis que lhe estão subordinados mas também nos subsistemas de ordem superior.

O estudo experimental das relações interpessoais na esquizofrenia paranóide, tal como é concebido neste trabalho, corresponde ao nível das relações interpessoais ou das interações em pequenos grupos. Temos consciência da limitação e restrição deste trabalho, no plano da explicação psicopatológica, face ao vasto problema de investigação colocado pelos múltiplos e divergentes dados, teóricos clínicos e experimentais, inferidos ou observados em doentes esquizofrénicos. Problema tanto mais complexo, quanto se considera esta perturbação como um sistema alterado, em que se pretendem conhecer as relações analíticas entre os vários níveis.

A perspectiva em que nos colocamos, é a de estudar este grupo de diagnóstico na sua comunicação interpessoal alterada com os outros. Neste ponto de vista não serão considerados os aspectos fenomenológicos ou intrapsíquicos destas perturbações cuja natureza não é interpessoal.

No **primeiro capítulo** procedemos a uma revisão dos principais sistemas de **diagnóstico** da esquizofrenia que desde Kraepelin, têm vindo a ser utilizados por clínicos e investigadores, numa tentativa de formalização de um procedimento que seja simultaneamente fiável e válido. Analisamos as principais divergências entre os critérios de diagnóstico utilizados pelos vários autores e as tentativas mais recentes de obtenção duma validação consensual e de uma operacionalização, através de escalas, aplicadas internacionalmente, dos instrumentos de avaliação dos sintomas desta perturbação psicopatológica. A classificação da esquizofrenia nos seus subtipos mantém-se uma matéria problemática. Não tendo sido obtida uma validação bem sucedida dos subtipos Kraepelinianos, incorporados no DSM III e ICD-9, multiplicaram-se as tentativas de reduzir a heterogeneidade da esquizofrenia a dicotomias de natureza dimensional. Procedemos em seguida a uma revisão das principais dicotomias em que se tem dividido a esquizofrenia, nomeadamente a **classificação dimensional** nas dimensões: paranóide versus não paranóide, aguda versus crónica, processo (mau ajustamento pré-mórbido) versus reacção (bom ajustamento pré-mórbido) e ainda positivo versus negativo. Estes subtipos são analisados relativamente às suas implicações comportamentais e características experimentalmente determinadas.

No **segundo capítulo** faz-se uma tentativa de sistematização de alguns aspectos da **perturbação de sistemas interpessoais** na esquizofrenia, isto é, dos diversos conjuntos e modos de relação com os outros que, com diferentes conceptualizações, têm sido descritos como caracterizando, de um modo específico, a interação social do esquizofrénico, em algum momento da sua perturbação. Para esta descrição consideram-se as perturbações na relação interpessoal do esquizofrénico de um ponto de vista clínico-fenomenológico, as abstrações ou construtos que são usados para descrever o comportamento social na perspectiva comportamental e finalmente as interpretações mais sistémicas e integrativas dos vários níveis de perturbação da

INTRODUÇÃO

esquizofrenia entre os quais o nível de relação interpessoal constitui um subsistema. Em qualquer das perspectivas utiliza-se a própria linguagem ou discurso da teoria não só para explicitar os elementos do sistema interpessoal alterado, como para analisar algumas hipóteses explicativas dessa mesma perturbação. Assim, por exemplo em relação às abstrações comportamentais considera-se como paradigma o comportamento social de "retirada" e faz-se uma revisão de algumas das principais hipóteses interpretativas para este comportamento, a saber : interpretado como conseqüente a um processo de dissociabilização, por sua vez susceptível de múltiplas possibilidades de interpretação - dissimbolização, desinvestimento da realidade objectal, perda da afinidade consensual a nível social - representando uma perda ou redução da capacidade de integração social. Finalmente procedeu-se a uma revisão de alguns dados experimentais relativos ao défice de comunicabilidade a nível da linguagem, com efeitos interpessoais, tais como, a imprevisibilidade e a incorência esquizofrénicas.

No **capítulo terceiro**, procedemos a uma análise mais aprofundada de alguns dos principais **modelos de análise das relações interpessoais**. Após uma introdução à perspectiva interpessoal de estudo da personalidade, três modelos são considerados, pelo seu carácter sistemático, grau de generalidade e importância para uma aplicação clínica: o modelo interpessoal da personalidade de Timothy Leary, os modelos de interacção em pequenos grupos, desenvolvidos por Robert Bales, em particular o "sistema de observação a níveis múltiplos" e finalmente, o modelo experimental de estudo rigoroso da interacção em grupos sociais restritos, numa perspectiva da teoria de Sistemas de J.S.da Fonseca, modelo que está na base do nosso estudo sobre as relações interpessoais na esquizofrenia paranóide. Em qualquer dos modelos são explicitados a unidade mínima de análise e o sistema de categorização utilizado para a codificação dos "actos sociais" e descrito o conteúdo da cada uma das categorias de relação interpessoal.

O **capítulo quarto** é referente à descrição da metodologia e do material de estudo utilizado no presente trabalho, a amostra de doentes esquizofrênicos paranoídes e a amostra de controle de voluntários normais. Cada uma das amostras é descrita nos aspectos da sua constituição, modo de colheita dos dados, critérios de exclusão e inclusão. A amostra de doentes esquizofrênicos é também descrita de um ponto de vista da sua caracterização clínica. Faz-se uma análise com base nos síndromas e classes CATEGO do questionário PSE, analisaram-se as semelhanças e diferenças entre as características clínicas desta amostra e a do estudo piloto internacional de Esquizofrenia (O.M.S.) . No que se refere à metodologia são sucessivamente descritas : as situações sociais de experiência, as categorias ou fenómenos de relação interpessoal, as variáveis clínicas condensadas a partir da escala AMDP e os métodos matemáticos e estatísticos usados para a sumarização e condensação da informação contida nos dados.

Os **resultados experimentais** são descritos no **capítulo quinto**. O conjunto dos dados observados, descritos sob a forma vectorial, quer na situação social experimental com características de relação interpessoal num grupo social restrito, quer em situação de observação clínica, são analisados em relação aos dois tipos de qualificação - social e psicopatológica - isoladamente e em conjunto na amostra patológica. A separação dos atributos em dois vectores descritivos para cada sujeito, feita por razões inerentes à própria natureza das variáveis, permitiu a identificação dos factores de interacção social versus factores de natureza clínica, subjacentes à variedade e dispersão das caracterizações individuais. A análise conjunta dos atributos interpessoais e psicopatológicos, com os mesmos métodos matemáticos, possibilitou uma descrição de agrupamentos por complementariedades de ocorrência de variáveis e permitiu a determinação dos perfis clínicos dos sujeitos que contribuem para cada um dos tipos de relação interpessoal. Neste capítulo, os resultados experimentais são descritos pela subdi-

INTRODUÇÃO

visão nos vários métodos matemáticos utilizados no tratamento dos dados: método de análise factorial das correspondências, análise em componentes principais, método de classificação não hierárquica (K-Centróides) e métodos de análise discriminante multivariada. Os objectivos principais que presidiram à escolha dos métodos matemáticos foram em primeiro lugar a determinação de regularidades, isto é, de similaridades entre os coeficientes vectoriais considerados sob a forma de um perfil de características de relação interpessoal e clínica, por um lado, e de tipologias de sujeitos, por outro. Em segundo lugar, através da aplicação de um método de classificação obter a validação dos agrupamentos factoriais de esquizofrénicos paranóides, cujo perfil de interacção social era bem caracterizado. Finalmente, pelo uso de um método para a identificação, ou discriminação, analisar as diferenças, no padrão de relação interpessoal, entre as quatro situações sociais incluídas no desenho experimental e pelo mesmo método analisar o poder discriminativo das categorias de interacção pessoal.

No **capítulo sexto** procede-se a uma síntese dos resultados e à sua discussão pela comparação com estudos anteriores relativos às relações interpessoais na esquizofrenia paranóide, com a aplicação do mesmo modelo.

CAPÍTULO 1

OS SISTEMAS DE DIAGNÓSTICO E A CLASSIFICAÇÃO DIMENSIONAL DA ESQUIZOFRENIA

INTRODUÇÃO

Apesar do desenvolvimento da investigação clínica e básica dos últimos anos, os critérios de diagnóstico da esquizofrenia, continuam a ser matéria controversa e contraditória na literatura psiquiátrica. Os vários sistemas de diagnóstico, que têm sido desenvolvidos, diferem em vários aspectos: na sua maior ou menor fundamentação teórica subjacente; no uso de procedimentos puramente clínicos (por exemplo, catamnésticos) ou de princípios deduzidos da aplicação de métodos estatísticos aos dados empíricos; no carácter dimensional, ou pelo contrário, apenas qualitativo dos itens; e finalmente no tipo de critérios ou de unidades fundamentais para o diagnóstico.

Há sistemas de diagnóstico que correspondem a sínteses ou sumarizações de conhecimentos teóricos e de descrições clínicas, sistemas em que são incluídas determinadas características, ou critérios, considerados como os essenciais para a afirmação da presença de esquizofrenia num dado doente, sem que haja uma

atribuição de valor de diagnóstico a cada um deles. Noutros sistemas, pelo contrário, é estabelecida uma hierarquia entre os critérios de diagnóstico, como por exemplo na divisão que fez E.Bleuler entre sintomas básicos e acessórios, ou como em K.Schneider que atribui aos sintomas um valor de ordem ou de importância para o diagnóstico.

Entre os vários sistemas, existe ainda uma importante discordância, respeitante ao tipo de critérios utilizados: critérios de natureza puramente sintomatológica (presença de determinados sintomas e/ou de certa instabilidade na expressão sintomatológica); critérios que dizem respeito ao curso da doença, às formas evolutivas e ao resultado final; critérios referentes ao tipo de pródromos e tempo de evolução da doença; critérios que dizem respeito ao comportamento social da pessoa doente, quer sob a forma do seu ajustamento, adaptação profissional e motivações filiativas pré-mórbidas, quer de dados biográficos tais como a idade, o estado civil, o número e estabilidade dos empregos, etc.; critérios relativos ao tipo de relação terapêutica estabelecida entre o médico e o doente; e ainda critérios cujo significado é a ausência de determinados sintomas ou sinais comportamentais.

Os sistemas de diagnóstico da esquizofrenia, que têm sido desenvolvidos, diferem na escolha dos critérios considerados fundamentais, assim como no peso relativo que lhes é atribuído para uma certeza diagnóstica. Há sistemas puramente sintomatológicos (K.Schneider), há outros em que os critérios de prognóstico ou de retirada do meio social têm a mesma importância dos sintomas (Langfeldt) e há ainda sistemas em que a importância atribuída aos sintomas ou às outras variáveis tem um peso relativo (Feighner). O critério relativo ao tempo de evolução dos sintomas, considerado mínimo para o diagnóstico da esquizofrenia, pode não estar incluído no sistema diagnóstico ou ser considerado com intervalos variáveis: entre seis meses (DSM III) a cinco anos (Langfeldt). São também variáveis as divisões feitas em subgrupos dentro de um diagnóstico genérico de doença esquizofrénica quer

DIAGNOSTICO E CLASSIFICAÇÃO

no que se refere ao seu número, quer à sua caracterização psicopatológica.

Pode afirmar-se, em síntese que praticamente não há unanimidade entre os vários sistemas de diagnóstico, apenas alguma concordância na descrição sintomatológica, considerada mais frequente.

CRITÉRIOS E SISTEMAS DE DIAGNÓSTICO DA ESQUIZOFRENIA

Consideraremos, sumariamente, alguns sistemas de diagnóstico mais correntemente descritos na literatura e ainda utilizados com fins práticos de diagnóstico ou tendo apenas importância histórica.

→ a) O primeiro sistema de diagnóstico conhecido é o de **Kraepelin** (1896) que descreve a "demência precoce" e utiliza, para o seu diagnóstico, critérios sintomatológicos mas também evolutivos referentes ao curso e prognóstico da doença. Considera que a maior parte dos casos tem mau prognóstico evoluindo para a incurabilidade e "invalides" psíquica. Os sintomas que Kraepelin considera como característicos da demência precoce são: perturbações da atenção para o mundo exterior, alucinações especialmente auditivas, sonorização do pensamento, vivências de influenciamento do pensamento, perturbações do fluxo do pensamento sobretudo perda de associações e ainda associações não usuais e imcompreensíveis, diminuição das funções cognitivas do julgamento, embotamento afectivo. Considera ainda com importância para o diagnóstico o aparecimento de alterações no comportamento tais como: diminuição dos impulsos ou impulsividade reduzida, obediência automática, ecolália e ecopraxia, excitação catatônica, estereotipias, negativismo, autismo e perturbações na expressão verbal.

Na demência precoce, Kraepelin descrevia quatro tipos: hebefrenia, catatonia, demência paranóide e

DIAGNOSTICO E CLASSIFICAÇÃO

demência simples.

A noção da demência precoce é desenvolvida por este autor a partir da evidência clínica, não só sintomatológica e longitudinal (curso e prognóstico), como etiológica com base no pressuposto que esta doença teria origem em causas interiores ou endógenas.

Pode considerar-se, como o faz P. Berner e colaboradores (1983), que o conceito de Kraepelin de demência precoce é multi-axial em três eixos: sintomatológico, longitudinal/curso tipológico (crónico levando à invalidez psíquica) e etiológico (endógeno).

Kraepelin não desenvolve uma classificação sistemática dos sintomas como o fizeram posteriormente E. Bleuler e K. Schneider. Admite, no entanto, que existe na demência precoce uma perturbação básica (no sentido lato de perturbação frequente) que consiste num enfraquecimento do julgamento e da compreensão intelectual, da afectividade e da vontade espontânea.

→ b) As concepções de E. Bleuler baseadas fundamentalmente na obra de Kraepelin consistem numa descrição mais sistemática dos sintomas da demência precoce, designada como "esquizofrenia" (1908, 1911). Refere-se a esta doença como o "grupo das esquizofrenias", denotando pela primeira vez a pluralidade e heterogeneidade deste conceito. Nas suas descrições clínicas extensas e detalhadas, agrupa os sintomas em perturbações das funções básicas e divide-os de acordo com duas perspectivas distintas. Por um lado, no que designa como sintomas básicos, isto é, os que são característicos da esquizofrenia têm um carácter de alteração mais ou menos permanente, surgem mais tarde ou mais cedo, quer durante o surto psicótico quer na fase residual, e que se distinguem, por outro lado, dos sintomas acessórios que nem sempre estão presentes na doença.

Os sintomas básicos seriam, de acordo com E. Bleuler: perturbações formais do pensamento, perturbações do afecto, perturbações da vivência do Eu, perturbações da vontade e da acção, e ambivalência; enquanto que os sintomas secundários seriam constituídos pelos múltiplos erros sensoriais (alucinações), ideias

DIAGNOSTICO E CLASSIFICAÇÃO

delirantes, (em especial delírios de referência e de perseguição), perturbações mnésicas, sintomas catatónicos (catalepsia, estupor, hipercinésia, esterotipias, maneirismos, negativismos, manifestações em "eco" (automatismos). Faz ainda E. Bleuler uma outra divisão dos sintomas em primários e secundários. Nota Landmark (1982) na revisão que fez deste sistema que as duas classificações não devem ser confundidas dado que para E. Bleuler os sintomas primários seriam os originados directamente do processo mórbido e reflectiriam uma lesão cerebral subjacente, enquanto que os secundários representariam uma reacção psicológica da personalidade às modificações de natureza primária.

De acordo com E. Bleuler as perturbações da associação são, simultaneamente, sintomas básicos e primários, o autismo é um sintoma básico e secundário e as alucinações auditivas são um sintoma primário e acessório. Manfred Bleuler (1972) a partir de estudos longitudinais com doentes sofrendo de esquizofrenia, salienta a importância da intensidade (psicótica) dos sintomas, como critério de diagnóstico. Por outro lado, embora mantenha o conceito de "sintomas básicos ou fundamentais" e a distinção essencial entre "sintomas primários e secundários", na teoria que desenvolve é dado maior relevo à interpretação psicológica da esquizofrenia.

→ c) No sistema de **K. Schneider** (1939), que tem sido extensamente utilizado, os sintomas da esquizofrenia dividem-se em de primeira e de segunda ordem, de acordo com o peso e a importância que têm para o diagnóstico da esquizofrenia. Contrasta esta divisão com a feita anteriormente por E. Bleuler dado não ter implicações teóricas nem referências a estruturas subjacentes com carácter etiológico ou patogénico, mas constituir uma visão da doença em termos sintomatológicos. O sistema de K. Schneider é puramente fenomenológico, não sendo propostos outros indicadores tais como o curso, o tempo de evolução, etc. como sucedia com a classificação de Bleuler.

Os sintomas designados como primeira ordem são: sonorização do pensamento, vozes que dialogam entre

si ou que acompanham com comentários os próprios actos, vivência de influenciamento corporal, roubo do pensamento e outras vivências de influenciamento do pensamento, difusão do pensamento, percepções delirantes, vivências de imposição de afectos, de impulsos e vontade. Segundo K. Schneider estes sintomas não têm uma estrutura comum, com excepção dos que correspondem a alterações do Eu, no sentido de "perda do perfil e do contorno do Eu". São no entanto, importantes para o diagnóstico de esquizofrenia, embora não absolutamente necessários, podendo o diagnóstico ser fundamentado pelos sintomas de segunda ordem que "sejam suficientemente abundantes e claros" (K. Schneider, 1959). Deve-se notar que o estudo piloto Internacional sobre a esquizofrenia (IPSS) revelou, pelo uso de métodos estatísticos aplicados a conjuntos de sintomas recolhidos em vários países com os mesmos instrumentos de medida, que os sintomas de primeira ordem discriminam entre esquizofrenia e ciclotímia a um nível significativo. No entanto, segundo Strauss J. S. e Carpenter W. F. (1982), embora os estudos feitos confirmem a validade dos critérios de K. Schneider não apoiam o seu valor patognomónico. Aproximadamente 10 a 25% dos doentes diagnosticados como sofrendo de perturbações afectivas, muitos deles com padrões cíclicos, têm pelo menos um sintoma de primeira ordem. Por outro lado, segundo os mesmos autores, é controverso supor que um doente diagnosticado como sofrendo de uma paranóia ou como estando em estado paranóide e que possa apresentar sintomas de primeira ordem, seja incluído no grupo das esquizofrenias. Estudos de Hawk, Carpenter e Strauss (1975) e de Kendall, e col. (1979) sugerem que os factores de primeira ordem têm um valor prognóstico mínimo.

Na perspectiva do próprio K. Schneider os sintomas de primeira ordem desempenhariam um papel decisivo na diferenciação entre a esquizofrenia e a psicose-maníaco depressiva. Embora este autor descreva formas de transição ou intermédias, entre as duas doenças, efectivamente os seus critérios de diagnós-

DIAGNOSTICO E CLASSIFICAÇÃO

tico, puramente sintomatológicos, não são suficientes para uma diferenciação entre formas de doença centrais ou nucleares, bem caracterizadas, e formas periféricas, mais heterogêneas. É J. Franck que em 1932 descreve o que designa por grupo "nuclear" da esquizofrenia no qual inclui um grupo de casos de doença "verdadeiros e essenciais" que deveriam ser distinguidos de casos com a mesma sintomatologia mas que difeririam na sua etiologia. Este problema etiológico da doença mental (nomeadamente da esquizofrenia) situa-se ainda no momento actual, na controvérsia de qual a importância relativa dos factores endógenos versus exógenos, definidos por Kraepelin, e na distinção entre formas processuais e reactivas de doença, segundo Jaspers.

É no entanto Gabriel Langfeldt quem, após estudos clínicos catamnéticos feitos antes e depois da introdução dos tratamentos somáticos em psiquiatria, reintroduz o critério de prognóstico como elemento essencial para o diagnóstico da esquizofrenia.

d) **G.Langfeldt** (1956), distingue dois grupos na psicose "geralmente designada como esquizofrenia": um grupo "nuclear", equivalente à forma processual e que corresponde ao tipo genuíno de esquizofrenia e uma psicose ou estado "esquizofreniforme" que corresponde ao conceito de esquizofrenia reactiva. Esta separação é uma tentativa de reduzir a heterogeneidade das formas de perturbações, tão diversas, englobadas sob a designação genérica de esquizofrenia. O grupo nuclear corresponde a doentes com mau prognóstico, com uma personalidade pré-mórbida deficientemente ajustada do ponto de vista intelectual e emocional, com ausência de factores precipitantes demonstráveis e em que o meio ambiente é desfavorável, antes e depois do início da doença. Neste grupo os sintomas da doença têm um início insidioso e correspondem às características da demência precoce definida por Kraepelin, cujos traços fundamentais são, o autismo e o embotamento afectivos. Neste grupo, os casos em que há "desrealização e despersonalização" com clareza de consciência e ausência de sinais de outras psicoses são particularmente

DIAGNOSTICO E CLASSIFICAÇÃO

desfavoráveis. A decisão final sobre o diagnóstico de esquizofrenia nuclear, só pode ser tomada após um período de pelo menos 5 anos de curso crónico da doença. É de assinalar que Langfeldt utiliza os conceitos de "despersonalização e desrealização" no sentido de "desintegração da personalidade" isto é da perda psicótica do contacto com a realidade, com colapso do sistema conceptual integrativo do indivíduo acompanhado por: ambivalência, perplexidade, alienação, crise de identidade, despersonalização, perturbações do afecto e dissociação. Citado por Landmark (1982) afirma Langfeldt que o seu conceito de "despersonalização" recobre uma mais vasta extensão do que o utilizado na maior parte dos países, sendo o equivalente à cisão do "Eu", sintoma fundamental de esquizofrenia (concordante com a própria denotação de Bleuler) que surge principalmente no doente paranóide. A esquizofrenia "genuína" (ou "processo esquizofrénico") só poderá ser diagnosticada, de acordo com Langfeldt, quando para além da presença dos sintomas que citámos o curso da doença é deteriorante. Neste grupo genérico é mantida a divisão clássica entre os subgrupos hebefrénico, catatónico e paranóide. O segundo grupo é definido por Langfeldt como as psicoses que surgem com sintomas semelhantes aos da esquizofrenia, mas cujo curso se diferencia substancialmente. São designadas como "psicoses esquizofreniformes", caracterizam-se pela presença de uma personalidade pré-mórbida bem ajustada do ponto de vista emocional e intelectual, cuja descompensação tem um início agudo, com factores precipitantes demonstráveis. O meio ambiente é favorável, antes e depois do início da doença, e há da parte dos que rodeiam o doente uma atitude psicológica correcta e ajustada. Do ponto de vista sintomatológico, caracteriza-se este grupo por um quadro misto em que há, em particular, uma coexistência de traços maníaco-depressivos, turvação da consciência, sintomas de origem orgânica (tóxica) ou psicogénica e uma ausência do típico embotamento da vida emocional. Esta psicose é para Langfeldt uma das muitas formas de psicose reactiva.

DIAGNOSTICO E CLASSIFICAÇÃO

Como se afirma no trabalho de Landmark citado, a diferença essencial da forma esquizofreniforme em relação à forma processual é, em síntese, a existência de uma diferente história pré-mórbida, de um diferente curso e de uma diferente evolução e prognóstico.

Estes aspectos são extremamente importantes para a compreensão da distinção entre esquizofrenia processual e reactiva, distinção que se prolongou para além das publicações de Langfeldt, que de resto, não utiliza nos seus principais trabalhos a segunda designação.

A distinção "processual versus reactiva", sobretudo no que respeita à noção de "reação", não corresponde na literatura actual, à conceptualização fenomenológica de Jaspers, sendo uma noção descritiva e empírica, noção dimensional baseada em estudos estatísticos e no conceito de tendência estatística. Neste caso este conceito operacional é aplicado ao tipo de ajustamento social e emocional, anterior ao aparecimento dos sintomas, e ao prognóstico.

Há analogia entre os dois pontos de vista no que respeita à delimitação do conceito de "processo", nas suas implicações prognósticas de irreversibilidade mas há divergência no tipo de conceptualização. Os critérios definidos por Langfeldt levam a uma restrição da inclusão de doentes na classe diagnóstica - esquizofrenia - e a uma diminuição dos "falsos positivos" e ao aumento da concordância no diagnóstico entre investigadores. A esta conclusão chega Brockington e col. (1978, citado por P. Berner, op. cit.) que encontram uma elevada fidelidade entre os investigadores em relação a estes critérios de Langfeldt e verificam associações altamente significativas com os quadros clínicos e com a descompensação social.

No entanto, afirmam Kendall e col. (1979) que, apesar do sucesso dos critérios de Langfeldt na previsão do prognóstico, estes são "insatisfatórios para os padrões contemporâneos, dado que os grupos de sintomas que são considerados característicos de esquizofrenia não estão definidos com clareza suficien-

te". Assinalemos, que o questionário desenvolvido por Landmark (1982) corresponde a uma tentativa de operacionalizar os critérios de diagnóstico do sistema de Langfeldt e dos sistemas que descrevemos anteriormente (Kraepelin, E. Bleuler, M. Bleuler e K. Schneider) com fins clínicos e estatísticos.

e) Na tentativa do estabelecimento de critérios, não só específicos para o diagnóstico de esquizofrenia como mais rigorosos, no sentido da redução do número de "falsos positivos", insere-se o sistema designado por **"critério de St. Louis"**.

A formalização dos critérios deste sistema insatisfatórios para os padrões contemporâneos, dado que os grupos de sintomas que são considerados característicos da esquizofrenia não estão definidos com clareza suficiente foi feita por **Feighner** e colaboradores (1972) com base nos estudos de Robins e Guze (1970). Descreveram, estes autores, um método de obtenção de uma validade diagnóstica em psiquiatria constituído por cinco fases: descrição clínica, estudos laboratoriais, exclusão de outras perturbações, estudos catamnéticos e estudos familiares. Com estes parâmetros foi estudada (estudo catamnético) uma amostra de doentes diagnosticados como sofrendo de esquizofrenia. Verificou-se, que os critérios produziam uma separação válida entre um grupo com mau prognóstico e um grupo com bom prognóstico.

No sistema desenvolvido por Feighner, os critérios para o diagnóstico de esquizofrenia, são constituídos por variáveis longitudinais, tais como o funcionamento social prévio e o tempo de duração de doença e variáveis sintomatológicas. Para este autor, é necessário, para colocar o diagnóstico de esquizofrenia, que estejamos em presença dos três tipos de características (A, B, e C):

Para o primeiro critério -A- é necessário que estejam presentes as duas condições:

A1- Uma doença crónica, cujos sintomas durem, há

DIAGNOSTICO E CLASSIFICAÇÃO

pelo menos seis meses, sem que tenha havido um retorno ao nível de ajustamento psico-social anterior.

A2- Ausência de um período com sintomas maníacos ou depressivos, suficientes para pôr a hipótese, mesmo provável, de que exista uma perturbação afectiva.

Pelo menos um dos seguintes agrupamentos sintomáticos, terá de estar presente, critério B:

B1- delírio ou alucinações sem a associação de perplexidade ou desorientação significativas.

B2- uma produção verbal que torna a comunicação difícil por falta de uma organização lógica ou compreensiva.

A presença de pelo menos três, das seguintes manifestações, será necessária para um diagnóstico "definitivo" ou de duas para um diagnóstico "provável", critério C:

C1- estado civil, solteiro.

C2-mau ajustamento social e profissional pré-mórbido.

C3- história familiar de esquizofrenia.

C4-ausência de história de alcoolismo ou abuso de droga, um ano antes do início da psicose.

C5-início da doença antes dos 40 anos.

Os três tipos de características (A, B, C), incluem critérios sintomatológicos e não sintomatológicos (quer para os critérios de exclusão quer para os de inclusão), o que torna o diagnóstico desta doença e a sua delimitação restritos a um número bem definido de casos. O que poderia ser considerado uma vantagem deste sistema, torna-se um obstáculo quando se

DIAGNOSTICO E CLASSIFICAÇÃO

pretende estudar doentes agudos ou recentemente admitidos numa clínica psiquiátrica.

Entre outras, este tipo de considerações mencionadas levaram a uma elaboração, expansão e modificação de alguns critérios do sistema de diagnóstico de Feighner e à sua transformação no sistema - **"Critério de Investigação Diagnóstica** (RDC, Research Diagnostic Criteria)-. Neste sistema, são incluídos vários subtipos de esquizofrenia, tais como aguda, subaguda, subcrónica, e crónica (baseados no curso) e as formas paranóide, desorganizada (hebefrénica), catatónica, indiferenciada e residual (baseados nos sintomas).

Foi com base nos dois sistemas-critérios de St. Louis e RDC - que foram elaborados no **DSM III** os critérios de diagnóstico da esquizofrenia . Neste sistema, os itens para o diagnóstico são de natureza sintomatológica e cronológica. Para o diagnóstico das designadas "perturbações esquizofrénicas" os sinais da doença devem estar presentes, de um modo contínuo, pelo menos durante seis meses. Este período deve incluir uma "fase activa", onde pelo menos, um dos sintomas centrais definidos no sistema deve estar presente.

Os sintomas considerados para o diagnóstico no **DSM III** são:

1) Delírios bizarros, delírios de controle, difusão do pensamento, intromissão ou imposição do pensamento ou roubo de pensamento;

2) Delírios somáticos, de grandeza, religiosos, niilistas, ou outros delírios com conteúdo persecutório ou de ciúme;

3) Delírios com conteúdo persecutório ou de ciúme, se acompanhados de qualquer tipo de alucinações;

4) Alucinações auditivas, nas quais uma voz comenta os actos ou os pensamentos do indivíduo, ou quando duas ou mais vozes dialogam entre si;

5) Alucinações auditivas, que se manifestam em variadas ocasiões, em cujo conteúdo não mais do que uma ou duas palavras têm aparente relação com a depressão ou a elevação do humor;

6) Incoerência, perda acentuada das associações,

DIAGNOSTICO E CLASSIFICAÇÃO

pensamento marcadamente ilógico ou com acentuada pobreza no conteúdo do discurso, se associados com pelo menos uma das seguintes manifestações:

- (a)- afecto embotado, monótono e inapropriado
- (b)- delírios e alucinações
- (c)- comportamento catatónico ou outros comportamentos acentuadamente desorganizados.

Pode, ou não existir, no restante período da doença uma fase de pródromos e uma fase residual. No DSM III, estas fases são definidas como correspondendo a uma deterioração em relação ao um nível prévio de funcionamento (antes ou depois da fase activa da doença, conforme se trate da fase de prodromos ou residual), que não é devida a uma perturbação no humor ou ao abuso de drogas e envolvendo pelo menos dois dos seguintes sintomas:

- (a)- isolamento e retirada social;
- (b)- acentuada redução do funcionamento profissional como assalariado, estudante ou doméstica;
- (c)- comportamento acentuadamente peculiar;
- (d)- diminuição acentuada da higiene e cuidados pessoais;
- (e)- afecto embotado, monótono ou inapropriado;
- (f)- discurso digressivo, vago, superelaborado, circunstancial ou metafórico;
- (g)- ideação bizarra ou estranha, pensamento mágico, ideias sobrevalorizadas, ideias de referência;
- (h)- vivências perceptivas pouco habituais, por exemplo, ilusões recorrentes.

No DSM III considera-se que para além de critérios sintomatológicos (A); e de critérios ligados à duração e fases de doença (B); é necessário, para o diagnóstico das perturbações esquizofrénicas, que: esteja presente uma deterioração do nível prévio de funcionamento do sujeito em áreas como o trabalho, as relações sociais ou os cuidados consigo próprio (C); que os sintomas depressivos ou maníacos, se presentes, surjam só após o episódio psicótico ou tenham uma duração breve em relação à duração dos sintomas psicóticos (D); que a fase dos pródromos ou activa da doença se inicie antes dos 45 anos (E); e, finalmente,

DIAGNOSTICO E CLASSIFICAÇÃO

que os sintomas não sejam devidos a nenhuma doença orgânica ou atraso mental (F).

O critério de diagnóstico do DSM III, no que respeita à esquizofrenia, é formado praticamente por itens sintomatológicos e cronológicos, com excepção do item respeitante à idade de início. Para além destes critérios gerais, neste sistema, são fornecidos critérios de diagnóstico para os vários subtipos: tipo desorganizado, tipo catatónico, tipo paranóide, tipo indiferenciado e tipo residual. Este último tipo de esquizofrenia é ainda dividido, de acordo com o curso da doença em "subcrónico", "crónico", "subcrónico com exacerbação aguda", "crónico com exacerbação aguda" e "em remissão".

Embora derivados directamente dos sintomas de Feighner e do RDC, os critérios do DSM III têm, em comparação com eles, algumas diferenças essenciais. Assim, dado que no RDC, o tempo mínimo de duração dos sintomas para o diagnóstico é de duas semanas, este sistema torna-se inclusivo para muitos casos que no DSM III são considerados como "perturbações esquizofreniformes". A distinção entre esquizofrenia e psicose esquizofreniforme não segue a de Langfeldt, dado que no DSM III é apenas relativa ao tempo de duração dos sintomas (seis meses para o primeiro caso e uma semana para o segundo), sendo os sintomas equivalentes nos dois casos. Do mesmo modo, as psicoses cujos sintomas são semelhantes aos da esquizofrenia, mas que têm uma duração inferior, a duas semanas e estão associadas a um acontecimento traumatizante (que em geral não está presente antes do início da perturbação "esquizofreniforme"), são designadas no DSM III por "psicoses reactivas breves". Deste modo, não só fica assinalada a diferença essencial em relação à distinção processo-reacção, como se pode considerar que o conceito de esquizofrenia no DSM III é muito mais restritivo do que no sistema RDC. Refere P. Berner e col. (op. cit.), que o conceito da esquizofrenia do DSM III é por outro lado mais lato do que o sistema de Feighner. Ao contrário deste, a presença de sintomas

DIAGNOSTICO E CLASSIFICAÇÃO

afectivos não é um critério de exclusão para o diagnóstico, embora sejam colocadas restrições, relativas à intensidade e cronologia dos sintomas que permitem fazer o diagnóstico diferencial com as designadas "perturbações afectivas".

O sistema diagnóstico DSM III demarca-se claramente dos anteriores e constitui, em certa medida, uma evolução em relação aos sistemas baseados, exclusivamente nos critérios sintomatológicos. A limitação destes últimos, em termos de validade do diagnóstico, deriva principalmente da heterogeneidade dos critérios clínicos. Já o sistema de Kraepelin era uma primeira formalização que poderíamos considerar dimensional (tridimensional). As restrições que lhe são apontadas, dizem respeito ao facto de Kraepelin não tomar em consideração, factores (por exemplo sociais) que parecem ter uma provável importância etiopatogénica e seguramente um papel determinante na pluralidade do curso clínico. No sistema multiaxial do DSM III são definidas várias dimensões consideradas relevantes para o diagnóstico, pressupondo-se que existe um grau significativo de independência entre os eixos. Neste sistema, são definidos cinco eixos: 1-síndrome; 2-perturbação da personalidade; 3-doença física associada; 4-tensões psicossociais; 5-nível de funcionamento adaptado, no ano anterior ao aparecimento da doença. Estes eixos são diferentes dos sugeridos por Strauss e Carpenter W. T. (1982), que segundo estes autores "reflecte o facto de que vários sistemas multiaxiais têm sido propostos, mas não se demonstrou ainda que nenhum conjunto de eixos seja mais válido ou útil do que outros".

Estes autores - **Strauss e Carpenter** - utilizaram nas suas investigações diagnósticas uma perspectiva puramente empírica, numa tentativa de não utilizar a intuição e a descrição clínica nem os conhecimentos já adquiridos sobre a doença, para daí derivar critérios diagnósticos. Utilizaram um número extenso de dados clínicos, em mais de 1.000 doentes, avaliados pela escala PSE no âmbito do projecto Internacional para estudo da Esquizofrenia (IPSS) da Organização Mundial

de Saúde, o que lhes permitiu fazer um estudo com dados sistemáticos de doentes de diversas culturas e reduzir a influência de variáveis eventualmente correlacionadas com as diferentes perspectivas dos investigadores. Foram isolados, um grupo de 12 sintomas que diferenciavam os esquizofrénicos dos não esquizofrénicos, sendo máxima esta distinção quando estão presentes pelo menos cinco sintomas (conceito alargado) ou seis sintomas (conceito restrito). Os itens deste sistema designado como **"Sistema Flexível para o diagnóstico da Esquizofrenia"** são os seguintes:

1) afecto restringido; 2) baixo "insight"; 3) eco e sonorização do pensamento; 4) ausência de despertar precoce; 5) má relação terapêutica; 6) ausência de facies depressivo; 7) ausência de elação; 8) delírios extensivos a muitas áreas da vida do doente; 9) discurso incoerente; 10) informação não fidedigna; 11) delírios bizarros; 12) delírios niilistas.

Este sistema, segundo os próprios autores, tem como objectivo, complementar e não substituir, o diagnóstico clínico habitual; as suas vantagens consistem no facto de ser um sistema suficientemente simples para que possa ser utilizado com fins de investigação, cujos sinais e sintomas estão definidos de um modo operacional, que torna possível com elevado grau de fidelidade fazer juízos sobre a sua presença ou ausência. Este facto, segundo Strauss e Carpenter, aumenta a validade do diagnóstico da esquizofrenia e reduz a deficiente comunicação entre os clínicos. Do mesmo estudo piloto Internacional, e partindo de dados clínicos recolhidos com o PSE, foi implementado um programa de computador designado por CATEGO, cuja finalidade é classificar os doentes em "classes clínicas" que podem ser utilizadas com fins de investigação não sendo recomendadas para uso diagnóstico.

Em oposição às perspectivas pragmáticas ou empíricas, na Escola de Viena **P. Berner e colaboradores** (1983), desenvolvem um instrumento de investigação, orientado teoricamente, designado por **Síndrome Axial Endogenomórfico-Ciclotímico** ou **Crítério de Investigação de Viena**. A sua fundamentação deriva da

DIAGNOSTICO E CLASSIFICAÇÃO

hipótese endógena e no conceito de esquizofrenia da Escola de Bleuler, modificado de acordo com o modelo estrutural de coerência dinâmica de Janzarik. O critério de Viena para o diagnóstico da esquizofrenia é baseado nas seguintes hipóteses:

Os sintomas de 1ª ordem de Kurt Schneider e alguns dos sintomas básicos de Bleuler (ambivalência, despersonalização, desrealização) são supostamente expressões de uma instabilidade dinâmica desprovida de qualquer especificidade etiológica.

Os sintomas básicos segundo Bleuler: perturbações formais do pensamento, embotamento afectivo e neologismos ocultos, são também considerados inespecíficos. Assume-se, no entanto, que a sua etiologia estaria limitada, de acordo com a experiência do grupo de Viena, à esquizofrenia ou casos com origem orgânica.

Como consequência destes dois pressupostos, os sintomas, que se pensa serem expressão de uma instabilidade dinâmica, são excluídos do síndrome axial, sendo apenas aceites para inclusão, critérios bem definíveis que coloquem como único problema a demarcação em relação às psicoses de origem orgânica. A designação "dinâmica" no sentido de Janzarik (1956), engloba a afectividade e os impulsos que podem estar investidos, em alguns componentes da estrutura psíquica das representações cognitivas e padrões de comportamento (no sentido dos sentimentos positivos, negativos ou ambivalentes), ou que podem pelo contrário ser flutuantes, sujeitos a alterações designadas por "constelações dinâmicas". Quando atingem um nível de morbidez estas modificações correspondem a "depleção dinâmica" que clinicamente correspondem ao embotamento afectivo e "descarrilamento dinâmico". Este último pode ser de três tipos: expansão "dinâmica" como na mania; "restrição" como na depressão; "instabilidade" nas flutuações rápidas ou oscilações entre os dois estados.

Esta instabilidade dinâmica está, para Janzarik, na base dos sintomas de primeira ordem de Schneider e em parte nos sintomas básicos de Bleuler, podendo

DIAGNOSTICO E CLASSIFICAÇÃO

ainda surgir noutros estados de perturbação. Estes sintomas, embora tendo importância teórica, são excluídos do sistema axial, não podendo ser aplicados com rigor ao diagnóstico de esquizofrenia. Outros indicadores empiricamente válidos, tais como o tempo de evolução, indicadores de prognóstico, etc., não são utilizados por não poderem ser considerados como um instrumento de validade diagnóstica.

O síndrome axial endogenomórfico-esquizofrénico consiste exclusivamente num critério sintomatológico, respeitante fundamentalmente às perturbações da expressão. Os critérios são os seguintes: o diagnóstico pode considerar-se definitivo se A e/ou B estiverem presentes e provável se apenas C estiver presente. As perturbações formais do pensamento são obrigatórias, o que significa, que é necessário, pelo menos a presença de: incoerência (A), que não pode ser rigorosamente avaliada se estiver associada com aceleração, inibição do pensamento, ou acentuada ansiedade vegetativa; de neologismos ocultos (B), isto é, cujos significados privados não são explicados espontaneamente pelo doente. O embotamento afectivo (C), inclui o apagamento afectivo, a indiferença emocional e a apatia (ou seja, essencialmente, uma diminuição da resposta emocional), é difícil de avaliar se estiver presente uma depressão acentuada, fadiga ou efeito de drogas, casos que podem ser concorrentes para este sintoma, independentemente da presença de esquizofrenia. A presença isolada deste sintoma, por este motivo, é um critério que permite colocar apenas um diagnóstico provável.

Para além destes sistemas de diagnóstico que descrevemos resumidamente, existem outros, tais como: o **critério de Taylor/Abrams** (sintomatológico) tendente a substituir o DSM II por uma aproximação estrutural fenomenológica baseada em definições exactas na linha das concepções Bleulerianas e Kraepelinianas; o **New Haven Index de Esquizofrenia** que, embora sendo uma tentativa de operacionalizar o conceito de esquizofrenia do DSM II é "um excelente exemplo de uma aproximação teórica-empírica para a obtenção de um

DIAGNOSTICO E CLASSIFICAÇÃO

diagnóstico" (Strauss e Carpenter, op. cit.). Este sistema foi implementado por Astrachen e Col.(1972) que a partir de observações prévias constituíram uma lista de sintomas que, de acordo com as investigações teóricas, se podia esperar serem discriminativos da esquizofrenia. Esta lista, incluía não só itens relativos às vivências do doente, mas também, relativos a perturbações comportamentais: por exemplo, perturbações do pensamento, alucinações e delírios assim como, afecto inapropriado, comportamento catatónico e despersonalização; foi desenhado um sistema de notação, de modo que cada categoria ou sintoma tenha um peso específico. No conjunto, revelou-se significativa a correlação entre os itens com notas elevadas e o diagnóstico de esquizofrenia; entre os itens com notas baixas e o diagnóstico de doença não esquizofrénica.

A revisão dos sistemas de diagnóstico das perturbações esquizofrénicas, reflecte a situação actual em que são salientes as dificuldades, não só de delimitação sintomática dos quadros clínicos, marcadamente heterogéneos, como do conhecimento da etiologia e patogenia destas situações. As necessidades dos investigadores, para uma fidelidade e validade dos critérios utilizados, para a identificação de classes de sintomas e tipologias, que levaram à implementação de sistemas, cujas vantagens no que se refere à uniformização da linguagem utilizada, são incontroversas.

A CLASSIFICAÇÃO DIMENSIONAL DA ESQUIZOFRENIA

Como pudemos verificar pela análise, embora sumária, dos critérios de diagnóstico da esquizofrenia, esta perturbação caracteriza-se, essencialmente, pela heterogeneidade e multiplicidade de manifestações clínicas. Um dos problemas pragmáticos que se colocou aos investigadores, cujas amostras de estudo incluíam estes doentes, foi o de tentar reduzir a variância dos

DIAGNOSTICO E CLASSIFICAÇÃO

sintomas da esquizofrenia

É necessário distinguir entre "diagnóstico" ou identificação por um lado, e "classificação" por outro. Segundo R.Cancro (1970) numa definição empírica e operacional, em que se tenta ultrapassar todo o problema teórico dos modelos de diagnóstico médico, "diagnosticar" corresponde a uma tentativa de juntar um determinado conhecimento geral sobre uma certa doença, com um certo conhecimento particular respeitante a um sujeito, como meio de o ajudar terapêuticamente.

Pelo contrário, de acordo com o mesmo autor, classificar é organizar os dados, impôr-lhes uma estrutura, com um sentido que se adequa às nossas expectativas cognitivas e perceptivas. É de certo modo, um procedimento artificial.

Os esforços que se iniciaram em Kraepelin para dividir os quadros clínicos em subtipos, actualmente incluídos nos sistemas ICD-9 e DSM III, não se revelaram com aparente valor heurístico, como instrumento de investigação, tendo sido difícil obter, em relação a qualquer divisão uma validação consensual entre investigadores e mesmo uma operacionalização de critérios de validação.

Estas foram algumas das razões que estiveram na base dos esforços para implementar, em relação à esquizofrenia, um sistema de classificação dimensional ou dicotómico, que conduzisse a uma redução da heterogeneidade das descrições clínicas, que permitisse um quadro de referência explícito, mais rigoroso, para a selecção das amostras e, finalmente, que possibilitasse uma separação com significado, em termos dos achados experimentais e objectivos, que têm sido verificados, com uma certa constância, em doentes esquizofrénicos.

As principais dimensões ou dicotomias que têm sido consideradas na esquizofrenia são: dimensão paranóide versus não paranóide, formas aguda versus crónica, dimensão forma processual versus reactiva ou mau ajustamento pré-mórbido versus bom ajustamento pré-mórbido e finalmente, positiva versus negativa.

DIAGNOSTICO E CLASSIFICAÇÃO

DIMENSÃO PARANÓIDE - NÃO PARANÓIDE

Esta dimensão é a que depende mais intensamente da observação psiquiátrica, na medida em que a dicotomia se baseia na presença ou ausência de sintomatologia paranóide, isto é, de delírios que são ou não primários. Os sintomas psicopatológicos, não parecem ser, no entanto, um critério fiável para a identificação dos sujeitos e a sua atribuição a estas classes. Esta distinção embora seja, em geral, relativamente fácil de demarcar na clínica, levanta, pela sua ambiguidade, problemas de separação rigorosa em duas classes. Há frequentes modificações nos sintomas psicopatológicos no decurso da doença, sobretudo introduzidas pelas terapêuticas psicofarmacológicas actuais. Muitos investigadores utilizam nos seus trabalhos a separação diagnóstica existente nos ficheiros anamnéticos hospitalares, não fazendo eles próprios um diagnóstico independente, directo e possivelmente mais rigoroso com o uso de escalas de avaliação.

Venables e Wing (1962) propõem um critério para melhorar a estabilidade desta distinção. Sugerem que a categoria "paranóide" deva ser restringida ao que designam por doentes paranóides "coerentes", isto é, os que manifestam com uma elevada intensidade delírios "coerentes", na ausência de sintomas esquizofrénicos primários, tais como, perturbações do pensamento e diminuição dos afectos. No entanto, Mc Ghie (1977), em relação a esta posição, afirma que alguns psiquiatras poderiam argumentar que não há uma lógica clínica em diagnosticar como "esquizofrénicos", doentes que não têm sintomas primários. Nesse caso, os paranóides "coerentes" de Venables e Wing, deveriam constituir uma categoria diagnóstica independente da "psicose paranóide". É um facto, frequentemente observável, que sujeitos diagnosticados como paranóides, têm uma desorganização intelectual moderada (no sentido da perturbação do pensamento) o que torna

DIAGNOSTICO E CLASSIFICAÇÃO

discutível a sua inclusão no grupo das esquizofrenias.

O próprio Kraepelin manifestava dúvidas quanto a este ponto, mas observava que a maioria dos doentes "paranóides", no decurso da evolução da doença, revelavam uma modificação dos seus sintomas para assumirem características clínicas típicas das formas "hebefrénica" ou "catatónica", pelo que estaria legitimada a sua inclusão na categoria das demências precoces. Afirmava, este autor, que esta mudança era indicadora de que estes sintomas poderiam representar diferentes estadios da mesma perturbação.

Qual a natureza formal da perturbação do pensamento do delírio paranóide - é uma questão que está longe de estar resolvida -. Silverman (1964), na aplicação que fez da teoria dos estilos ou controle cognitivo, estratégias cognitivas individuais de processar os estímulos do meio ambiente, aos problemas da disfunção da atenção na esquizofrenia, conclui que os doentes não paranóides revelavam uma tendência para a subestimação dos estímulos e um excessivo efeito autocinético, medidas que de acordo com Gardner e Long (1962) estão associadas com uma redução do controle de escrutínio. Em relação, à articulação do campo este grupo revela uma articulação pobre e indiferenciada, isto é, uma dependência do campo perceptivo-visual. Demonstra Silverman que, pelo contrário, os sujeitos do grupo paranóide tendem a ser "escrutinadores" excessivos e possuir valores elevados na independência de campo. Tinha sido demonstrado por Gardner e Long que estes dois tipos de controle cognitivo, eram medidas independentes dos processos de atenção. Neste sentido, os doentes do grupo "paranóide" estudados por Silverman estariam num estado de hiperalerta, e teriam tendência para uma inspecção ou escrutínio excessivo dos estímulos do meio ambiente. No entanto, esta tendência daria origem a que o sujeito estivesse em contacto com um excesso de estímulos desagradáveis, e consequentemente tentaria reduzir a extensão do seu "campo" de escrutínio ou desenvolver uma "articulação de campo" excessiva, isto é, um processo de filtragem, no sentido de "filtro

DIAGNOSTICO E CLASSIFICAÇÃO

cognitivo" de Bruner (1957), para excluir da consciência muito dos estímulos percebidos. Para Silverman, o sujeito com esquizofrenia paranóide teria uma estratégia ou defesa de filtragem que seria aprendida no decurso do desenvolvimento, em fases precoces da experiência social.

De acordo com McGhie (1977), este tipo de mecanismo defensivo, no sentido de um aumento da filtragem dos estímulos, é verificável, mesmo de um ponto de vista comportamental, quando se observam nos doentes atitudes protectoras contra os estímulos do meio ambiente, tais como, fechar activamente os olhos ou tapar os ouvidos.

Uma interpretação oposta, do mesmo fenómeno de estreitamento do campo de atenção nos esquizofrénicos paranóides é formulada por Broen (1966) que sugere que estando estes doentes menos desorganizados que os não paranóides, teriam menos necessidade de utilizar o efeito compensatório de reduzir os estímulos percebidos do meio ambiente. Este autor com Nakamura(1972), estuda um grupo de doentes crónicos e não paranóides, numa tarefa de detecção de sinal auditivo com discriminação ruído/sinal, e demonstra experimentalmente que estes doentes, tinham um intervalo mais reduzido de sensibilidade aos estímulos nos canais sensoriais "periféricos" do que os doentes agudos paranóides. Embora interessantes, estes achados não podem ser aplicados inteiramente à caracterização da dicotomia que estamos a analisar, dado as dimensões paranóide/ não paranóide não estarem separadas da aguda/ crónica. Este facto, salienta as dificuldades verificadas, no desenho e descrição dos resultados de muitos trabalhos experimentais, em separar, de um ponto de vista prático, por um lado, as dimensões aguda e reactiva da dimensão paranóide, e por outro, a dimensão crónica e processual, da não paranóide.

Chapman e Chapman (1973) citam uma série de estudos feitos no sentido de demonstrar a existência de diferenças entre paranóides e não paranóides, relativas a notas nos testes de inteligência, tarefas de

discriminação direito esquerdo, tempos de reacção, testes de hiperinclusividade, etc. mas cujos resultados são inconsistentes e contraditórios, o que para estes autores estaria ligado ao carácter ambíguo da distinção paranóide/ não paranóide.

Numa revisão recente Oades (1982) refere trabalhos de Cox e Leventhal (1978) que mostram uma diferença clara entre os dois grupos de doentes, nos resultados de provas que medem certos aspectos dos mecanismos da atenção (tarefa de distracção em contextos cognitivos). Os sujeitos não paranóides necessitavam de mais tempo para executar as tarefas e cometiam mais erros do que os paranóides. Verificaram também que, com o aumento de complexidade da tarefa, os esquizofrénicos não paranóides melhoravam os seus resultados. Uma crítica que se pode fazer a este trabalho é que não utiliza tarefas perceptivas, precisamente aquelas a que os esquizofrenicos paranóides são mais sensíveis. Noutros trabalhos experimentais, por exemplo, Singh (1978) e Kay e Singh (1979) com a utilização de problemas puramente conceptuais, demonstraram que não há diferenças significativas entre os doentes paranóides e sujeitos não psicóticos, o que vem apoiar a hipótese destes doentes não terem perturbações cognitivas significativas.

Ainda que, em todos os trabalhos que citámos, haja problemas de selecção das amostras, o que torna os resultados dificilmente comparáveis, há fortes indícios experimentais de que certo tipo de perturbações do pensamento possam ser uma das "chaves" para a distinção "paranóide não paranóide", questão que, no entanto, está longe de estar solucionada.

Se considerarmos outras perspectivas que se afastam dos modelos da psicologia experimental, para estudo das perturbações cognitivas na esquizofrenia, parece ser possível analisar as perturbações do pensamento paranóide de modo a que estes processos sejam simulados em computador, como é o trabalho de Colby (1975) que parte da formulação e operacionalização de uma teoria do processamento simbólico da modalidade de comportamento paranóide.

DIAGNOSTICO E CLASSIFICAÇÃO

DIMENSÃO AGUDA - CRÔNICA

A dimensão da cronicidade é em geral definida em termos da duração da hospitalização. Um período de hospitalização inferior a três anos é, em geral, considerado como uma situação aguda e como crônica se fôr superior a seis anos. Segundo Neal e Cromwell (1977) este critério contrasta com a distinção agudo/crônico da classificação psiquiátrica formal que utiliza a sintomatologia como referente primário. Afirmam estes autores que esta dimensão baseia-se num conjunto de suposições gratuitas: que uma qualquer dimensão se iniciaria no momento do internamento e que a transição para o polo oposto estaria uniformemente ligada ao tempo. Implica também que o doente não estava "esquizofrênico" muito antes da hospitalização. Entendem Neale e Cromwell que o critério ideal para classificar os doentes seria a data de início dos sintomas psicóticos, o que só seria possível determinar para os casos de início brusco, e muito difícil para os de início insidioso. Brown (1960) propõe como critério alternativo a consideração de um intervalo inferior a dois anos antes da primeira admissão para classificar um doente como agudo. Fazendo uma revisão da literatura conclui que se um doente não tem alta antes do 2º ano de admissão é muito reduzida a probabilidade de que tenha uma alta posterior, evoluindo necessariamente para a cronicidade.

Nem todos os autores estabelecem critérios temporais tão restritivos para separar os tipos opostos desta dicotomia e utilizam também critérios de natureza sintomatológica. É difícil, separar estas duas dimensões com critérios puramente fenomenológicos, embora certos sintomas que correspondem à "desintegração do campo da consciência", no sentido de H.Ey, surjam com maior probabilidade nas formas de início e evolução agudas enquanto que nos casos com evolução crônica será mais frequente a "desintegração da

personalidade". Os limites deste tipo de distinção são vagos e imprecisos, podendo haver uma sobreposição dos dois tipos de distinção. Wing (1978) baseando-se nos resultados do Estudo Piloto Internacional sobre a Esquizofrenia (O.M.S., 1973) e no Projecto de diagnóstico US-UK (Cooper e col., 1972), divide as descrições clínicas da esquizofrenia em "síndromas agudos" e "síndromas crónicos". O primeiro grupo seria constituído pelos síndromas que são observados com mais frequência nos episódios agudos e que remitem em geral após a terapêutica ou o desaparecimento das situações de "stress" (também designados como sintomas floridos, positivos ou produtivos). O segundo grupo contem os síndromas que são habitualmente observados nos estados crónicos. Os síndromas agudos são com elevada probabilidade (90%) os que incluem os sintomas de primeira ordem de K.Schneider. Outros síndromas que surgiam com menor poder discriminativo e menor probabilidade eram os de tipo catatónico, o embotamento afectivo associado a perturbações formais do pensamento e sintomas de tipo neurótico. Por outro lado, os "síndromas esquizofrénicos crónicos" têm como características clínicas mais salientes o síndrome composto por apatia emocional, lentificação do pensamento, hipoactividade, baixa dos impulsos, pobreza verbal e retirada social. Este síndrome, também designado como síndrome "pobre" ou negativo, está em geral associado a uma baixa "competência" social, a um afastamento das relações sociais e a uma baixa na capacidade de comunicação verbal e não verbal. Nos estados crónicos, um segundo síndrome que foi registado com elevada frequência, foram as perturbações formais do pensamento caracterizadas por pensamento incoerente, pobreza verbal, neologismos e em alguns casos por uma desorganização conceptual e linguística. É necessário considerar que por um lado, não está esclarecida a natureza das relações entre os sintomas produtivos e os negativos, e por outro que doentes diagnosticados como casos crónicos podem remitir subitamente e os casos agudos podem recidivar e evoluir posteriormente com características semelhantes às

DIAGNOSTICO E CLASSIFICAÇÃO

dos crónicos. Poderemos ainda assinalar dois outros aspectos relevantes. Em primeiro lugar, a maior parte dos doentes que preenchem os critérios de inclusão nos síndromes agudos, correspondem à descrição clínica do subtipo paranóide da esquizofrenia o que tornaria difícil a distinção entre os dois polos dimensionais, se o critério utilizado fosse o sintomatológico. Em segundo lugar, o síndrome "pobre" ou negativo é frequentemente atribuído ao próprio efeito da institucionalização prolongada, o que produz um procedimento "circular" na escolha do critério do tempo da hospitalização para a selecção dos doentes "crónicos" e a sua posterior caracterização sintomatológica. O quadro que tem sido descrito como "síndrome de institucionalismo": apatia, retirada social, perda dos cuidados consigo próprio, etc. é equivalente aos sintomas "negativos" da esquizofrenia. Este quadro, parece ser mais frequente nos esquizofrénicos que vivem socialmente isolados, em meios subestimulantes, e em internamento. Os efeitos da "rede social" sobre o curso da doença foram estudados por Tolsdorf (1976), que demonstra a importância para um prognóstico desfavorável da expectativa, negativa e excessivamente elevada, dos doentes em relação à quantidade e qualidade dos contactos e relações sociais, que se teria iniciado muito antes do aparecimento dos sintomas esquizofrénicos.

De acordo com Neal e Cromwell para a selecção, dos grupos de esquizofrénicos agudos e crónicos, deveria ter-se em conta o ajustamento pré-mórbido, pressuposto que derivaria logicamente do facto dos doentes com mau ajustamento pré-mórbido terem um mau prognóstico e consequentemente terem uma maior probabilidade de inclusão nas amostras de sujeitos classificados como "crónicos". Por outro lado, se os doentes com mau ajustamento pré-mórbido têm, com maior frequência sintomas psicóticos algum tempo antes da hospitalização, e se este fosse o momento escolhido para definir a cronicidade, muitos doentes pré-mórbidos poderiam ser considerados como crónicos desde o primeiro internamento hospitalar. Este tipo de

de considerações levanta mais uma vez o problema da independência/dependência das várias dimensões e das suas relações recíprocas.

Apesar destes problemas de delimitação, investigações experimentais demonstraram alguma utilidade nesta dicotomia de formas agudas versus crónicas. Nas experiências que utilizam como variável o tempo de reacção, verificou-se que, de um modo geral, os esquizofrénicos crónicos tinham tempos de reacção mais lentos do que os esquizofrénicos agudos e os sujeitos normais. Shakow (1962), observa que esta lentidão na resposta era proporcionalmente maior nas amostras de doentes crónicos e não paranóides do que nas de agudos e paranóides, mas que, no entanto, em comparação com os normais as diferenças se anulavam quando se tratava de comparar os tempos de reacção a estímulos com intervalos regulares e irregulares.

Estes factos, foram, por este autor, interpretados e elaborados numa extensa teoria da adaptação dos esquizofrénicos ao meio ambiente; estes doentes seriam incapazes de manter o "set major" ou um estado de prontidão apropriada para as respostas. Por conseguinte, não beneficiariam da regularidade dos intervalos, para melhorar a sua preparação para uma resposta pronta ou rápida. Os esquizofrénicos seriam dominados pelo "set minor" ou segmentar, conjunto de respostas inapropriadas, dadas em substituição das correctas. Demonstrou-se, posteriormente, que os esquizofrénicos, e mais intensamente os crónicos e não paranóides, eram sensíveis ao intervalo pré-preparatório (IPP) (Zahn, Rosenthal, Shakow, 1963). Os tempos de reacção dos doentes estavam em relação directa com a duração destes intervalos, que tinham um papel determinante, principalmente nas experiências com intervalos regulares, cuja sequência não estava contrabalançada como nos intervalos irregulares. Dado que o IPP é um estímulo irrelevante, estes dados confirmam a hipótese de que os esquizofrénicos, principalmente os crónicos e não paranóides, são mais influenciados pela informação irrelevante do que os sujeitos normais.

DIAGNOSTICO E CLASSIFICAÇÃO

As experiências que utilizam - a constância do tamanho de objectos distais, como variável indicadora da extensão do campo da atenção - fornecem resultados contraditórios e inconclusivos em relação ao comportamento dos esquizofrénicos. Weckowick (1957) e Wechowick e Blewitt (1959) verificaram que os esquizofrénicos crónicos tinham tendência para a subconstância do tamanho, quando comparados com esquizofrénicos agudos e com sujeitos normais. Este achado experimental é explicado por estes autores como correspondendo a um défice de filtragem dos estímulos irrelevantes, hipótese posteriormente generalizada ao processo de atingir conceitos. No entanto, outros investigadores, como é o caso de Hamilton (1963) obtiveram outros resultados. Não encontraram diferenças significativas na constância de tamanho entre sujeitos normais, esquizofrénicos crónicos paranóides e crónicos não paranóides, embora o grupo esquizofrénico no seu conjunto revelasse, nas situações em que eram mais numerosos os indícios perceptivos, uma menor constância do que os normais. Este autor, no que é secundado por Neale e Cromwell (1977), interpreta este facto como tendo origem numa apreciação incorrecta das instruções da prova, que continham um certo grau de ambiguidade. Esta hipótese seria também apoiada, segundo os mesmos autores, pelos estudos da constância de tamanho em que as instruções, sendo menos ambíguas, não produziram diferenças entre normais e esquizofrénicos.

Silverman (1964) tinha proposto uma relação hipotética entre o controle de escrutínio e a constância do tamanho, uma redução na capacidade escrutinadora deveria reduzir a quantidade de informação e, pelo contrário, um escrutínio excessivo deveria produzir um aumento da constância. Esta hipótese, tem analogias com a teoria de Venables (1964), afirma, este autor, que pelo facto de estarem os esquizofrénicos, crónicos e processuais, num estado de alerta aumentado e com um estreitamento do campo da atenção, deveriam "seleccionar" menos indícios e revelar uma menor capacidade de manter constante o tamanho dos

objectos

A maior parte das hipóteses sobre as perturbações da atenção na esquizofrenia, foram colocadas por Venables que aplica à esquizofrenia as hipóteses de relação entre os constructos - atenção e estado de alerta - formuladas por Callaway e col.(1953, 1958) para os indivíduos normais. De acordo, com Venables, os esquizofrénicos crónicos e processuais têm níveis de alerta superiores ao normal enquanto que os agudos e reactivos têm níveis infranormais, diferença que seria responsável, respectivamente, pelo estreitamento ou alargamento do campo da atenção revelado por estes dois grupos de doentes. Os resultados dos estudos experimentais sobre a atenção na esquizofrenia, têm sido contraditórios e parecem depender, em grande parte, das medidas de alerta escolhidas. Nos últimos anos têm surgido com forte evidência a importância do valor dos aspectos temporais das respostas de condutância da pele, para a diferenciação dos esquizofrénicos e normais. O componente mais importante parece ser o tempo de recuperação destas respostas. Ax e Bamford (1970), Gruzelier e Venables (1972) mostraram ser mais rápida no grupo dos esquizofrénicos crónicos do que no dos normais e Zahn e col. (1975) revelaram ser mais rápida nos normais do que nos esquizofrénicos agudos.

Foram, em grande parte, os resultados contraditórios, obtidos nas experiências em que se fizeram tentativas de ligar o défice da atenção na esquizofrenia com a alteração de um hipotético mecanismo de alerta (Mednick, 1958; Broen, 1968) que levaram à necessidade de considerar a existência de subgrupos nesta doença diferindo na função de alerta. No entanto, está actualmente demonstrado (por exemplo nos trabalhos de Gruzelier e col. 1972 e Claridge, 1972) que o conceito unitário de alerta deverá ser abandonado, dado que as medidas de alerta "cortical" não estão linearmente correlacionadas com as de alerta "automático".

Venables coloca ainda a hipótese de que a atenção na esquizofrenia estaria reduzida, não só na

DIAGNOSTICO E CLASSIFICAÇÃO

dimensão espacial mas também na dimensão temporal. Sugere que, numa situação de aprendizagem probabilística na qual o sujeito deve usar a sua experiência passada para prever acontecimentos futuros, os esquizofrénicos crónicos e os não paranóides teriam uma aprendizagem inferior aos outros grupos e baseada apenas nos acontecimentos mais recentes. Johnston e Bursill (1973) demonstram, que contrariamente ao previsto por Venables, sujeitos normais, esquizofrénicos paranóides e não paranóides, não diferiam significativamente em tarefas de aprendizagem probabilística, embora haja alguma evidência que os não paranóides eram mais influenciáveis pelas próprias respostas, dadas previamente à resposta e menos influenciáveis pelas séries de estímulos externos.

No que diz respeito às medidas centrais na esquizofrenia crónica, Saletu (1980), faz uma revisão da literatura indicando os seguintes resultados, obtidos por vários autores em esquizofrénicos sem tratamento: no E.E.G., um aumento da actividade Beta, um maior número de ondas lentas, um aumento da frequência média e da variabilidade na frequência, uma redução na actividade Alfa, na amplitude e variabilidade da amplitude; nos potenciais evocados auditivos e visuais, uma latência mais curta, redução na amplitude e aumento na variabilidade intra-individual; no perfil do sono, uma latência mais prolongada, um aumento dos estadios de sono leve, e uma redução nos estadios de sono profundo.

Alguns destes dados são contraditórios em relação à hipótese de que os esquizofrénicos crónicos estejam em estado de hiperalerta, enquanto que outros poderiam ser correlatos fisiológicos deste estado. Análises de correlação revelam, que quanto mais marcadas são as diferenças nos padrões fisiológicos entre esquizofrénicos crónicos e sujeitos normais, mais graves são as perturbações psicofisiológicas encontradas. Por outro lado, verificou-se que as diferenças entre esquizofrénicos crónicos e normais, são semelhantes às encontradas entre o grupo de crianças psicóticas e o de controle, assim como entre

os filhos de mães esquizofrénicas e os de pais normais. Estes dados, sugerem que algum tipo de alterações psicofisiológicas possam ser muito anteriores às perturbações psicopatológicas.

Um modelo probabilístico da atenção, com dois estadios, foi proposto recentemente por Broadbent (1971), citado por Hemsley (1975), um estadio de prontidão para o estímulo (equivalente à filtragem) e outro de prontidão para a resposta. Em ambos os estadios, grande parte da informação que atinge os órgãos dos sentidos, não é utilizada embora por mecanismos diferentes. Afirmam estes autores que, muitos dos resultados contraditórios sobre o défice da atenção na esquizofrenia confundem estes dois hipotéticos mecanismos. Outra hipótese como a de Yates (1966) que aponta a lentidão no processamento da informação, como causa do défice cognitivo e atento, foi confirmada por Slade (1971) em esquizofrénicos crónicos.

Na revisão de Oades (1982) do problema da separação entre os grupos agudo/crónico, faz-se notar em primeiro lugar que é necessário ser-se particularmente cuidadoso na aceitação de uma separação com base apenas num único teste particular, em segundo que as tarefas desenhadas para estudar as características dos processos da atenção devem ser cuidadosamente reexaminadas, e em terceiro lugar, que é necessário controlar variáveis tais como a interacção entre o doente e o experimentador, a vontade do sujeito para participar, o seu estado de alerta e nível de motivação para a experiência.

DIMENSÃO PROCESSO - REACÇÃO

Esta dimensão derivou dos esforços dos investigadores para quantificar os dados relativos ao estado psicopatológico e dados anamnésticos dos sujeitos e correlacioná-los com as variações no prognóstico da doença. A dimensão processo/reacção está associada ao contínuo mau ou bom ajustamento pré-mórbido. Os

DIAGNOSTICO E CLASSIFICAÇÃO

investigadores destas dimensões preocupam-se sobretudo com o valor predicativo da própria classificação e aplicam instrumentos que foram desenvolvidos para avaliar o prognóstico e as características da personalidade pré-mórbida: as escalas de prognóstico de Elgin, de Kantor, Walner e Winder (1953), e a escala de ajustamento pré-mórbido de Phillips (1953).

A possibilidade, destes instrumentos reduzirem a variabilidade das manifestações comportamentais na esquizofrenia, foi comprovada na verificação do seu poder predicativo, na diferenciação dos doentes no que se refere ao seu comportamento deficitário, aos métodos de defesa contra as estimulações causadoras de "stress", à capacidade de resposta aos reforços e punições sociais e às prováveis diferenças entre padrões de sociabilização precoce, imitação e identificação, e nas remissões sintomáticas (Garmezy, 1967). De acordo com este autor, não há suficiente evidência, apesar das investigações feitas neste sentido, que os casos "processuais" derivem de uma base orgânica e que os "reactivos" sejam um produto de factores psicogénicos. Estas hipóteses teriam derivado de factores que foram detectados como discriminativos entre os dois extremos dimensionais. Na forma processual: início precoce, factores precipitantes inadequados ou obscuros e prognóstico desfavorável; na forma reactiva: início tardio, precipitantes agudos e curso favorável.

A dimensão bom/mau prognóstico, não parece ser independente da dimensão paranóide/não paranóide, como foi demonstrado por Goldstein, Held e Cromwell (1968). Estes autores, constataram que os esquizofrénicos com bom ajustamento pré-mórbido, tinham tanta probabilidade de serem paranóides como não paranóides, enquanto que os esquizofrénicos com mau ajustamento pré-mórbido tinham, na sua grande maioria, tendência a ser não paranóides. Poderia questionar-se, seguindo Garmezy (1968) se a sintomatologia psicopatológica não estaria em correlação com a mesma perturbação básica do ajustamento pré-mórbido, ao nível da eficiência social adaptadora.

DIAGNOSTICO E CLASSIFICAÇÃO

Para separar as duas dimensões uma grande variedade de métodos laboratoriais foram utilizados. Dois constructos têm sido mais frequentemente atribuídos a estas dimensões. Os doentes reactivos, ou com bom ajustamento pré-mórbido, tenderiam a responder excessivamente aos estímulos e subestimavam o tamanho do estímulo; enquanto que os doentes processuais, ou com mau ajustamento pré-mórbido, responderiam pouco aos estímulos e sobreestimavam o tamanho dos estímulos (Silverman, 1964 ; Davies Cromwell e Held, 1967; Neale e Cromwell, 1968). Estes autores utilizaram amostras de esquizofrénicos seleccionados com base na sintomatologia paranóide e no ajustamento pré-mórbido. A relação entre a estimativa do tamanho e os movimentos oculares como variável indicadora do tipo de escrutínio dos estímulos perceptivo-visuais é um problema de investigação que se mantem em aberto.

É na área do funcionamento cognitivo dos esquizofrénicos como resposta a estímulos de natureza social, que têm sido obtidos algumas separações consistentes entre os grupos com bom e mau ajustamento. Johnson, Petzel e Figueroa (1973), compararam a aprendizagem de esquizofrénicos, reactivos e processuais, a estímulos verbais, socialmente conotados, verificaram que os esquizofrénicos reactivos (bom ajustamento) tinham melhor aprendizagem das palavras positivas do que das negativas, e comparados com os processuais (mau ajustamento) revelavam melhores resultados nas palavras positivas. Estes autores, baseando-se em Higgins (1968) sugerem que os esquizofrénicos reactivos estariam orientados para uma aproximação aos estímulos ambientais, enquanto que os processuais estariam orientados para o evitamento dos estímulos sociais aversivos ou negativos. De acordo, com esta hipótese, os reactivos estariam focalizados na aprendizagem das palavras positivas, o que era bem conseguido, e os processuais dispenderiam a sua energia cognitiva no afastamento dos estímulos negativos, possivelmente pela ameaça implícita neles contida.

O modelo "sócio-motivacional" da esquizofrenia de Rodnick e Garmezy (1957) foi aplicado por Lefcourt e

col.(1968) a esquizofrénicos agudos e reactivos. Não se verificam as previsões da hipótese da interferência da censura interpessoal na capacidade de realização destes doentes, dado que não era observada uma baixa da sua capacidade de realização. Allen (1974), repete esta experiência, com a avaliação da eficácia cognitiva em condições de censura, em sujeitos normais e esquizofrénicos agudos divididos em dois grupos: bom prognóstico (reactivos) e mau prognóstico (processuais). Confirma as previsões de Lefcourt, pela verificação que os normais e os esquizofrénicos reactivos melhoravam a sua eficácia após a censura, enquanto que os processuais a diminuíam significativamente. De acordo com o que citámos, o próprio Garnezy, posteriormente à fase inicial dos seus trabalhos, estuda os padrões de sociabilização e as estratégias de defesa perante estímulos de natureza social, observando diferenças entre os dois grupos - processuais e reactivos- que constituem esta dimensão.

Uma outra dicotomia - esquizofrenia negativa e positiva - tem sido, nos últimos anos, desenvolvida após os trabalhos de N. Andreasen (1979, 1984). Esta distinção divide dois síndromes que diferem nas suas características clínicas, curso e evolução, resposta ao tratamento, patofisiologia e etiologia.

A esquizofrenia negativa é caracterizada por um mau ajustamento pré-mórbido, sintomas negativos proeminentes, curso crónico, má resposta ao tratamento neuroléptico, baixa eficácia nos testes cognitivos e modificações estruturais do Sistema Nervoso Central (atrofia) revelada pela tomografia computadorizada.

A esquizofrenia positiva é caracterizada pela predominância de sintomas positivos, um curso episódico com exacerbações e remissões, realização normal nos testes neuropsicológicos e normal tomografia computadorizada, uma boa resposta aos neurolépticos, e uma patofisiologia e etiologia reversíveis que reflecte, talvez, um aumento da transmissão dopaminérgica.

Afirma Andreasen (1984) que esta aproximação

tem não só um valor heurístico importante, como permite pôr hipóteses etiopatogénicas numa visão integrativa, numa única teoria compreensiva de variados aspectos das perturbações na esquizofrenia

As controvérsias sobre esta doença, têm-se centrado sobre duas questões principais, nenhuma actualmente resolvida, sendo a primeira se a "esquizofrenia" existe como entidade nosológica identificável e a segunda, quais os seus padrões etiológicos determinantes.

Como verificámos ao longo deste capítulo a definição de Kraepelin revelou-se demasiado rígida. Desde a sua formulação original de demência precoce, o conceito tem-se tornado cada vez mais impreciso.

Todos os estudos empíricos, feitos até agora foram mal sucedidos, na tentativa de determinar quais os sintomas específicos e característicos desta doença e quais os sintomas secundários. As contribuições experimentais para a explicação das dimensões ou subtipos desta doença, têm fornecido alguns resultados interessantes mas numa avaliação geral, não fornecem resultados consistentes, embora várias tentativas de unificar os dados experimentais tenham sido feitas.

Por outro lado o prognóstico da doença não é necessariamente desfavorável em todos os casos, como de resto o assinalara Bleuler(1911), quando afirma que a deterioração global da personalidade não é um facto inevitável na "demência precoce".

No domínio da etiologia, pode afirmar-se que têm algum valor causal, quer os factores anatomofisiológicos, quer os psicogénicos ou sociogénicos, embora seja um valor probabilístico.

Uma posição radical em relação ao problema da nosologia esquizofrénica, é assumida por alguns autores. Van Praag (1977), afirma que não parece haver razões de ordem sintomatológica, clínica, evolutiva ou etiológica para considerar todos os síndromas englobados sob a designação de esquizofrenia num denominador comum. Para este autor, a "esquizofrenia" é um diagnóstico completamente inadequado, o termo "psicose

DIAGNOSTICO E CLASSIFICAÇÃO

esquizofrénica" é simplesmente uma designação colectiva para as psicoses que evoluem sem alteração da consciência, e os dados empíricos disponíveis não parecem possibilitar uma definição mais exacta. Afirma P. Polónio (1969) que os conhecimentos actuais sobre a esquizofrenia não permitem considerá-la como uma entidade nosológica. Diferentes etiologias - hereditária, de, somáticas, fisiogénicas ou psicogénicas - podem originar quadros clínicos semelhantes. Conclui este autor que é precisamente esta dificuldade de delimitação que justifica a manutenção de uma designação unitária da esquizofrenia para um grupo estruturalmente tão heterogéneo. De um ponto de vista pragmático há, entre os clínicos e investigadores, uma quase unanimidade na aceitação de que "existe" a esquizofrenia, não como uma nosologia inequívoca mas pelo menos como uma designação que engloba um conjunto de perturbações fenotipicamente relacionadas. Consideramos que os sistemas de referência dimensionais são, apesar de todas as suas limitações, quadros de referência válidos para o diagnóstico e investigação clínicas e como tal se justifica a sua manutenção.

O problema do diagnóstico da esquizofrenia coloca-se também a nível teórico. Mesmo sem entrar nas discussões sobre os modelos de diagnóstico, e sobre os processos lógicos para a formação de "classes" diagnósticas, poderíamos afirmar que de um ponto de vista da classificação a esquizofrenia levanta problemas consideráveis na procura das primitivas ou atributos invariantes. Os sujeitos diagnosticados como "esquizofrénicos" revelam uma tal diversidade a nível das suas actividades, opiniões e experiências comunicáveis ou vivenciais, que impossibilita a sua inclusão numa fórmula ou descrição generalizável, por inexistência de atributos fixos. Qualquer tentativa de descrição generalizada da "esquizofrenia" só pode produzir uma representação parcial de casos reunidos na prática psiquiátrica. De acordo com Coulter (1973) o modelo de doença da esquizofrenia foi enunciado com a suposição de que para fins teóricos é permissível a "reificação" que consiste em tomar como "condições", com parâme-

DIAGNOSTICO E CLASSIFICAÇÃO

tros mais ou menos determinados, conjuntos sintomato-
lógicos heterogêneos que foram unificados com fins
pragmáticos ou de aplicação clínica.

Efectivamente, as designações psiquiátricas des-
tas totalidades sintomáticas, foram elaboradas com
uma finalidade diagnóstica e compreensiva, para uma
atitude ou decisão terapêuticas. Não parece ainda
existir nenhum código designativo explícito ou específi-
co, que permita fazer descrições operacionais válidas
da esquizofrenia que possam servir como pontos de
partida para a elaboração de um modelo que seja si-
multaneamente generalizável e coerente.

CAPÍTULO 2

PERTURBAÇÃO DE SISTEMAS INTERPESSOAIS NA ESQUIZOFRENIA

INTRODUÇÃO AOS SISTEMAS INTERPESSOAIS

As relações interpessoais podem estar alteradas, de um modo quantitativo e qualitativo, desde que o sistema global de interação entre o "sujeito" e o(s) "outro(s)" esteja perturbado ou num estado instável.

A adequação da relação interpessoal, a sua natureza adaptadora ou desadaptadora, depende em grande parte da possibilidade de manutenção de um estado de equilíbrio adequado entre um conjunto de processos e de relações entre eles, subjacentes à estrutura relacional que caracteriza "um próprio" na sua interação com "um outro". Corresponde a um núcleo de estratégias, comuns à maior parte dos sujeitos que estão em comunidade, simultaneamente caracterizadoras e invariantes de cada sujeito em particular.

As relações interpessoais constituem o nível mais complexo e elaborado do sistema da personalidade, constroem-se desde muito precocemente por um processo de maturação, a partir do momento em que há possibilidade de uma comunicação, mesmo aos níveis pré-linguísticos, cuja natureza é comutativa, e implica

um registo de memória de mensagens significantes. Desde a relação diádica primitiva (elementar) até ao nível complexo das relações sociais, poderia descrever-se o desenrolar da história individual e da elaboração dos invariantes que caracterizam um certo estadio do desenvolvimento cultural.

As estruturas de relação interpessoal dependem dos níveis inferiores do funcionamento psíquico e biológico, organizados hierarquicamente em níveis cada vez mais complexos (Fonseca, J.S.1969). Do nível neuronal em que se processa a informação, contida nos estímulos do meio externo e interno, da qual depende o sistema de comando e controle da motilidade, os mecanismos instintivos e afectivos elementares e os comportamentos motores e emocionais associados. Do nível dos reflexos condicionados, pela modificação dos comportamentos, por integração de novas configurações de estímulos no repertório das respostas habituais do organismo. Do nível mais elevado dos processamentos perceptivos, cognitivos, simbólicos e afectivos, em que se constroem as estruturas de uma relação interpessoal; estruturada pela aquisição dos conceitos de norma e regras do grupo social, modulada pela apreensão e representação, da realidade interna (imagem reflexiva do "Eu"), do funcionamento social, quer a nível do grupo, quer a nível dos modelos e imagens de imitação, cuja natureza é interaccional. A este nível são planificados os esquemas e estratégias de decisão e de acção, nos quais se incluem os esquemas de comando e de controle dos actos sociais.

Entre os processos de diferentes níveis, podem hipotetizar-se várias formas de relação, mas uma alteração ou perturbação do funcionamento em qualquer deles, origina novos modos de integração e estruturação dos dados a outros níveis.

A estrutura interpessoal ou os conjuntos relacionais característicos do Próprio podem ser definidos pela observação psicológica directa, pelas comunicações verbais ou por símbolos naturais e convencionais, usados pelo sujeito na interacção social. A compreensão desta comunicação, cuja natureza é

interpessoal, depende em grande parte do uso que o sujeito faz dos símbolos comuns e consensuais. A linguagem, como código social arbitrário, fazendo parte do nível dos processos cognitivos, torna-se particularmente importante ao nível da comunicação interpessoal. As suas alterações dificultam a acessibilidade, quer na compreensão, quer nas modificações recíprocas de ideias ou vivências.

As relações interpessoais variam com o estadio de desenvolvimento em que o sujeito se encontra, de acordo com a experiência passada que, sob a forma de informação, se acumulou aos vários níveis da organização global. A memória social, é a memória das operações complexas, de comportamentos que interagem e se modificam reciprocamente, de formas de cooperação e de controle dos "outros", de processos de equilíbrio e desequilíbrio das estruturas relacionais.

Neste capítulo, iremos descrever alguns modos de conceptualizar a perturbação nas relações interpessoais dos esquizofrénicos, enquanto sistemas interpessoais alterados. Apesar desta noção não estar formulada em termos de uma teoria geral de sistemas, na maioria dos trabalhos que serão citados, a partir da sua diversidade poderá ser inferido um processamento alterado, em alguns dos seus elementos, e definido de um modo operacional e consistente.

A formulação destas perturbações, pode ser focalizada em aspectos parcelares de um sistema alterado, em geral elaborada sob a forma de hipóteses interpretativas, de constructos ou abstracções relativas a estas formas de perturbação. Iremos considerar sucessivamente:

(1) As formas de perturbação que, na compreensão do outro, pode assumir a comunicação do sujeito consigo mesmo, no processar de um conhecimento reflexivo e consciente, ou as suas manifestações a um nível puramente comportamental.

(2) As formas de alteração dos sistemas de comunicação interpessoal, originadas por uma perturbação na captação, utilização referencial e elaboração lógica dos elementos fundamentais para a comunicação,

ou seja, perturbações do processo de simbolização social na construção do Próprio, das relações lógicas entre atributos para a formação dos conceitos, e do uso social dos símbolos linguísticos.

(3) As formas de alteração no sistema de entrada e processamento da informação, supostamente necessária, à manipulação e controle dos estímulos envolvidos numa interacção adequada, entre o sujeito e o meio ambiente.

Os mecanismos que estão na base da alteração dos sistemas interpessoais na esquizofrenia serão considerados, em (1) como uma modificação na atitude intencional do sujeito para com os outros, atribuição de novos significados às representações e percepções externas ou internas, ou ainda derivando de uma dinâmica psicogénica alterada; em (2) como uma incapacidade de comunicação por perda ou modificação dos símbolos do Próprio, por desarticulação dos símbolos sociais, por uma perturbação nos processos de abstracção e nos processos lógicos do pensamento e da linguagem e por uma alteração na comunicação referencial; em (3) por um défice nos processos de filtragem ou incapacidade para processar a informação contida em estímulos complexos.

AS PERTURBAÇÕES NA RELAÇÃO INTERPESSOAL DOS ESQUIZOFRÊNICOS DE UM PONTO DE VISTA CLÍNICO-FENOMENOLÓGICO

Nas análises psicopatológicas da esquizofrenia, independentemente da orientação teórica subjacente, não se encontra em geral, uma descrição clínica isolada das perturbações na relação interpessoal. Na referência a alguns dos sintomas isolados ou agrupados em síndromes ou estruturas psicopatológicas, que têm sido considerados como sendo característicos deste grupo de doenças, está implícita a dimensão da

interacção social e a sua concomitante alteração.

Se tomarmos como exemplo um texto clássico de orientação fenomenológica relativo às perturbações afectivas na esquizofrenia, seguindo por exemplo Bleuler (1955), verificamos que as suas descrições fenomenológicas, correspondem em geral a uma alteração na expressão emocional dos doentes, com uma profunda modificação na relação com o mundo exterior, em particular com o(s) outro(s). As formas descritivas destas manifestações, assentam na vivência do encontro (afectivo) com a pessoa do esquizofrénico, na objectivação desta experiência relacional vivida, isto é, nas modalidades ou formas de compreensão e captação vivenciais, por parte do investigador ou clínico, colocado na posição fundamental fenomenológica.

O embotamento afectivo é a ausência ou uma acentuada redução na resposta emocional do doente nas mais variadas situações. É vivido, na relação interpessoal, como um apagamento dos afectos, uma quase completa indiferença perante os outros, os acontecimentos do mundo exterior em geral, ou mesmo perante si próprio, e como uma impossibilidade ou extrema dificuldade no contacto emocional. Mais frequentemente, sobretudo a partir das terapêuticas psicofarmacológicas actuais e ainda, nas formas iniciais ou moderadas da doença, o que se observa não é esta ausência tão acentuada na reactividade emocional mas um estado, em que predomina a indiferença afectiva. Há uma diminuição, nos sinais verbais e não verbais expressivos das emoções, sobretudo os que seriam normalmente esperados no momento do contacto interpessoal, especialmente em relação às pessoas que anteriormente às manifestações mais marcadas de doença, tinham um elo afectivo mais forte com o doente.

Por vezes, o que se observa não é uma indiferença na expressão dos afectos mas um estado de acentuada hipersensitividade (ou hipersensibilidade) face às reacções emocionais dos outros. Este estado, no entanto, é mais claramente evidenciado se houver uma verbalização do vivido da parte do doente, dado

que do ponto de vista do observador, a retirada activa por evitamento das situações que desencadeariam a reacção sensitiva pode manifestar-se exteriormente como uma ausência de exteriorização das emoções, por vezes indistinguível do apagamento afectivo.

O embotamento ou a indiferença afectiva, pode alternar com estados de marcada irritabilidade, mais frequentemente desencadeados pela insistência dos outros, perante qualquer recusa do doente. Esta irritabilidade pode ser tão intensa que leve o sujeito a ter comportamentos violentos e agressivos.

Bleuler refere também uma variedade da "indiferença", na qual há um humor básico que pode estar alterado no sentido da "euforia, ira, depressão ou angústia". Estes estados afectivos são como que fixos, independentes do acontecer externo. O sujeito está na dependência de um estado de humor, interiormente determinado, efectivamente indiferente para com o mundo exterior. A frieza, distância afectiva ou apagamento emocional pode determinar, nos outros, principalmente nos mais próximos, o sentimento de estarem perante uma barreira, um obstáculo ao relacionamento e contacto afectivos, cria um vazio interaccional, um sentimento de estranheza, muitas vezes preenchidos com atitudes de zelo ou controle excessivos, ou pelo contrário, contribuindo para o afastamento e rejeição afectiva. Se da parte do esquizofrénico, neste estado de perturbação afectiva, se poderia afirmar que há uma redução, quer da vivacidade ou intensidade dos afectos, quer da sua variedade expressiva, da parte dos outros intervenientes na relação persistem todas as possibilidades de matização afectiva, no campo expressivo ou de comportamento.

O número e a variedade qualitativa das respostas ou das interacções possíveis, e os seus múltiplos determinantes, transformam qualquer tentativa para a sua caracterização empírica e tipológica num problema metodológico considerável. Este pressuposto é, de resto, não só válido para o conjunto das respostas e dos modos de relacionamento social com os esquizo-

frênicos, que sofrem do tipo de perturbações afectivas mencionadas, mas é generalizável à extensa variedade do relacionar interpessoal. As soluções que foram encontradas por investigadores, clínicos e experimentais, serão aprofundadas posteriormente na descrição de alguns modelos de estudo das relações interpessoais. Correspondem, em geral, a tentativas de descrição rigorosa e operacional de tipologias ou modos de interacção social.

Não é nesta perspectiva que nos colocamos para a descrição clínica das perturbações da relação interpessoal dos esquizofrênicos, iniciada, com a menção das perturbações afectivas segundo Bleuler. A relação, com o esquizofrênico, é um encontro, no campo de uma consciência relacional, no devir das vivências dos participantes - médico e doente - hipoteticamente extensível à caracterização de "outros" encontros. A criação desta experiência de relação com os doentes psicóticos, incluindo os esquizofrênicos, não depende apenas de características particulares, atitudes, papéis, traços de personalidade, etc., atributos moleculares de uma totalidade organizacional das vivências e do existir social, de uma e de outra personalidade do Encontro. É um fenómeno cuja essência é simultaneamente intersubjectiva e transindividual, com uma estrutura em que o "social" é mediatizado pelas formas e variantes do existir e da consciência do "Eu" e do "Outro" que estão para além da interacção social concreta.

Continuando com Bleuler, um outro tipo de perturbações na expressão dos afectos na esquizofrenia, é a rigidez afectiva ou a perda de capacidade de modulação emocional. A expressão emocional do doente não se modifica, ou modifica-se lentamente, no decurso das variações temáticas que ocorrem habitualmente durante uma interacção social. Há da parte dos doentes, uma dificuldade não só na exteriorização das emoções, mas também em responder aos estímulos com a emoção adequada o no tempo próprio. A rigidez afectiva pode também manifestar-se em estado de humor alterado, quer no sentido do abaixamento do

humor, quer pelo contrário, da elação ou da agressividade. Estes estados têm tendência a persistir, mesmo com modificações dos estímulos. A desadequação da expressão dos afectos e emoções relativamente às pessoas que interagem com os esquizofrénicos ou em situações sociais em que estejam envolvidos, pode manifestar-se ainda por mudanças bruscas e sem transição entre estados emocionais. Qualquer destas perturbações afectivas pode produzir dificuldades de adaptação emocional nos esquizofrénicos, quando exista uma excessiva solicitação em situações sociais. Por outro lado, do ponto de vista do sujeito que entra em interacção afectiva com o doente que manifesta este sintoma, há um factor de redução da sintonia afectiva ou emocional.

Um terceiro tipo de perturbações afectivas, descritas por Bleuler, corresponde ao que é designado por discordância afectiva ou paratímias. A expressão emocional dos afectos sofre uma alteração qualitativa, no sentido em que é a oposta da que seria de esperar se tomarmos em consideração o conteúdo e o contexto afectivos. Há uma desadequação mais ou menos total entre a expressão de um certo afecto, sentimento ou emoção e a vivência do seu conteúdo. Por exemplo, se o que devia provocar alegria, produz cólera ou tristeza; se o doente relata factos desagradáveis com expressão de agrado; por exemplo se chora ao receber um presente, há uma desadequação na expressão mímica (paramímica). A discordância afectiva pode também manifestar-se pela coexistência de expressões mímicas opostas e discordantes, por exemplo, a expressão do olhar ser a oposta das restantes zonas faciais. Em qualquer destas situações, a discordância afectiva pode constituir uma barreira à comunicação emocional com o esquizofrénico. Bleuler menciona o facto genérico das manifestações afectivas dos esquizofrénicos terem algo de não natural, exagerado ou "teatral", fenómeno cujo efeito que tem sobre os outros é que tanto a alegria como a tristeza, tanto as manifestações de júbilo como as de dôr os podem deixar num estado de indiferença afectiva. Também os

doentes, não reagem perante os nossos afectos. Pode assim falar-se de um défice de contacto emocional, que foi considerado como constituindo um importante sinal de esquizofrenia (Bleuler, 1955). No entanto, de acordo com Fish (1962) todas estas perturbações afectivas descritas na esquizofrenia podem surgir em sujeitos normais, que possuem uma extensa variedade de expressões emocionais. Graus menores de discordância afectiva podem ser observados quando as pessoas sorriem, se estão ansiosas ou preocupadas ou quando dissociam o afecto da representação intelectual das emoções. Este autor, aponta ainda para o erro de interpretar a má relação afectiva do psiquiatra com o doente esquizofrénico como sendo sempre devida às perturbações afectivas do doente. Outras variáveis, como as características do "outro" ou variáveis situacionais relativas à própria entrevista podem ter um papel determinante, não negligenciável. Destes factos deduz-se, de acordo com Fish, não ser a má relação afectiva um elemento rigoroso de diagnóstico da esquizofrenia. A maior parte das observações de Bleuler e de outros autores clínicos foram feitas em doentes crónicos e asilados o que poderia ter contribuído para uma amplificação das suas perturbações, actualmente verificáveis com menor frequência ou intensidade. É necessário ainda considerar que a própria situação asilar poderia constituir um factor patogénico e determinante de formas particulares e desviadas de comunicação como demonstrou Goffman (1961).

Mencionámos um tipo de perturbações descritas na esquizofrenia que embora não tenham, no seu conteúdo e forma descritivas, uma natureza inter-pessoal, correspondem a uma alteração da experiência vivencial, do contacto e comunicação afectiva, com importantes reflexos nas relações sociais da pessoa do esquizofrénico.

Um outro tipo de sintomas, tais como a ambivalência afectiva, e o autismo, descritos por Bleuler como típicos da esquizofrenia, que têm uma complexidade maior do que os anteriores, por envolve-

rem mais do que uma "função psíquica elementar", podem ser também analisados no contexto dos seus efeitos interpessoais.

A ambivalência esquizofrénica pode manifestar-se a nível afectivo, das tendências ou da vontade e ainda a nível intelectual ou das ideias. Como é bem conhecido, a ambivalência afectiva corresponde à coexistência de sentimentos contraditórios em relação aos outros. Este tipo de ambivalência, embora possa ocorrer nos normais não tem, em geral, a intensidade da ambivalência esquizofrénica e é inconsciente ou praticamente inconsciente. No doente esquizofrénico é, pelo contrário, vivida de um modo consciente e muitas vezes penoso. A ambitendência surge quando um doente simultaneamente quer e não quer efectuar uma dada acção. É habitualmente observada na variedade catafónica da esquizofrenia e pode manifestar-se a nível das interacções não verbais com os outros. Nos actos sociais ritualizados como é o "aperto de mão", o doente pode revelar este sintoma no decurso do movimento, por paragens, hesitações ou retrocesso. A ambivalência intelectual corresponde à afirmação e negação simultâneas de uma ideia vivida conscientemente pelo doente. De acordo com Minkowski (1966), a ambivalência esquizofrénica tem o carácter particular, de ser estática, sem a presença da dúvida ou do confronto de hipóteses contrárias. Os contrários estão organizados com uma simultaneidade expressiva, de um modo equivalente e num mesmo plano, sem que haja qualquer movimento no sentido da sua resolução. Nesta concepção, a ambivalência afectiva dos esquizofrénicos, é qualitativamente diferente da que pode surgir nos sujeitos normais, no decurso do desenvolvimento pulsional (de acordo com a teoria Kleiniana) ou ainda nos doentes com sintomas neuróticos de tipo obsessivo e compulsivo. A ambitendência surge muitas vezes num contexto alucinatório, o doente ouve vozes que lhe transmitem ordens contraditórias, neste caso aceita-as com um carácter de realidade, a diferença da indecisão compulsiva de tendências normais é claramente qualitativa. De um ponto de vista meramente

quantitativo, a ambivalência dos esquizofrênicos é muito acentuada, mais difusa e invasiva do que a dos sujeitos neuróticos, nos quais é circunscrita, canalizada e organizada à volta de um certo material dinâmico específico (Hoch, 1972).

A ambivalência afectiva é perturbadora, na relação interpessoal do esquizofrênico, sobretudo para aqueles com quem a relação afectiva é mais intensa, em particular as figuras parentais. Reflecte-se em declarações ostensivas de ódio que alternam com manifestações positivas intensas.

O autismo, que Bleuler considera como uma das manifestações mais importantes da esquizofrenia, é um sintoma complexo, que envolve uma alteração da pessoa no seu conjunto, isto é, na sua ideação, nas suas reacções afectivas, volições e no comportamento em geral. Corresponde a uma perda do contacto com a realidade, que pode assumir vários graus, desde uma forma esporádica e parcial até uma perda completa nos casos mais graves. Pode também ser definido como uma perda ou uma deficiência nas interacções com o meio ambiente. Há uma preponderância da vida interior sobre a realidade externa. A retirada autista que o esquizofrênico faz da realidade tem muitas vezes uma natureza activa, isto é, corresponde por um lado, à necessidade de satisfação dos desejos e por outro, a um evitamento activo da realidade que é vivida como desagradável. O afecto ou os desejos dominam o pensamento do doente no qual passa a predominar a fantasia e a satisfação imaginária dos desejos. Esta forma de pensamento autista, redefinida por Bleuler em 1924, como uma forma de pensamento que omite a realidade. Afirma este autor, que muitas vezes os esquizofrênicos fazem esforços conscientes para não estarem negativistas em relação à realidade, mas que as exigências do mundo autista, emergido do inconsciente introduzem-se no pensamento do doente sob a forma de alucinações, delírios, automatismos e outros sintomas semelhantes.

No comportamento dos esquizofrênicos a preponderância da vida interior e a retirada activa do mundo

externo, manifestam-se em várias actividades quotidianas e sociais. Os doentes podem, por exemplo, fazer solicitações aos médicos, sem esperar qualquer resposta ou tomar uma atitude contrária no momento da sua satisfação, ou ainda ficar indiferentes diante de uma visita cuja presença exigiram.

O autismo envolve um afastamento da realidade social e interpessoal; o estabelecimento de uma relação sujeito - objecto, relação que está sobretudo determinada pelo mundo interior, desligada da realidade do "objecto" de interacção, não tem uma finalidade dirigida em relação a ele, mas visa apenas a satisfação de necessidades e fantasias internas. Pode falar-se de uma perturbação na homeostase das motivações do doente. Esta perturbação é devida não só à organização dos impulsos pelos mecanismos autistas, que acabamos de referir, mas manifesta-se também na excessiva ou desadequada resposta emocional a certos estímulos, por deficiente regulação e modulação afectivas.

O autismo é, para Bleuler, como referiu Rapaport (1951) uma forma de organização dos perceptos, ideias, impulsos e comportamento em geral. A organização emocional autista, (Hoch, 1972) que tem como contrapartida o pensamento autista, em conjugação com o comportamento social de "retirada", leva o doente esquizofrénico a perder cada vez mais o contacto afectivo com os outros. A relação interpessoal está, de acordo com Hoch, perturbada por outro tipo de alterações emocionais que estão implícitas ou são secundárias ao autismo básico: (1) incapacidade de regular a agressão, com reacções descontroladas de raiva; (2) imaturidade emocional que se exprime na tendência para a "dependência" e desejo de protecção vivenciada com ambivalência; (3) baixo limiar de frustração que se manifesta numa intensa ansiedade social, quando as suas exigências, em relação ao meio ambiente, não são imediatamente satisfeitas; (4) finalmente pela falta de empatia no relacionamento, por incapacidade na identificação das emoções sentidas pelos outros, que por sua vez também sentem a mesma dificuldade em relação aos esquizofrénicos. O relacionamento

sexual está, nesta perspectiva, dependente de uma organização sexual regressiva, com um padrão de respostas mais ou menos desorganizado de acordo com a intensidade da própria desorganização psicótica.

Outros sintomas, não incluídos nos anteriores, que se podem manifestar na esquizofrenia predominantemente nas formas não paranóides, interferem nas suas relações interpessoais. Estão, neste caso as manifestações comportamentais das formas catatônicas, a puerilidade das formas hebefrênicas, a esquizoafasia, ou ainda os síndromes com alterações da consciência. No entanto, a interferência ou implicação que este tipo de sintomas tem a nível da interacção pessoal, torna-se evidente e diz respeito ao nível marcadamente molar do comportamento interaccional.

Nos casos em que predomina a actividade delirante, a perturbação relacional está centrada sobre o conteúdo das vivências delirantes. No caso dos delírios paranóides persecutórios a relação com o exterior tem em geral um carácter de hostilidade. Quando as ideias delirantes são de grandeza há uma sobrevalorização de si mesmo, do poder ou da capacidade de realização, o que produz, não só uma atitude expansiva e uma actividade comportamental excessiva e desadequada, como uma perturbação interpessoal centrada sobre a dimensão do domínio, qualitativamente diferente das relações de dominância normais. Quando existem outros temas delirantes, por exemplo, com conteúdo sexual ou erótico, pode haver uma perturbação do relacionamento centrada sobre esta modalidade afectiva.

Quando o quadro clínico surge, com predomínio de sintomas catatónicos, nas suas formas variadas descritas por Kleist em 1937: paracinética, maneirística, negativista, proscinética, hiperfémica ou hipofémica, a desorganização relacional é muito mais acentuada.

O aparecimento de esquemas motores desorganizados, fragmentados e dissociados do conteúdo específico, característicos da forma paracinética, altera a intencionalidade do movimento, da mímica e da fala a nível da relação com os outros.

Na forma maneirística há uma rigidez progressiva dos movimentos expressivos e maneirismos; a motricidade voluntária está empobrecida, há uma sucessiva limitação dos movimentos, frequentemente associada a esquemas de oposição motora às solicitações do ambiente. Esta oposição pode incluir o mutismo que é a perturbação mais característica das relações interpersonais deste tipo de doentes.

Na forma negativista há uma oposição activa aos estímulos do meio e às tentativas de interacção pessoal com o doente; pode haver uma recusa de comunicação verbal ou esta fazer-se sob a forma de gritos, sons esteriotipados e agitação motora. Esta última, pode surgir como uma reacção inesperada de agitação impulsiva, com comportamentos agressivos, muitas vezes sem uma motivação aparente, dirigidos contra os objectos ou contra as pessoas que rodeiam o doente ou o solicitam directamente.

A disposição aumentada para reagir aos estímulos externos, com repetições automáticas do mesmo movimento ou movimentos sucessivos é característica da forma proscinética. A estes esquemas motores associam-se, por vezes, a murmuração de sons ininteligíveis, repetições esteriotipadas e iterativas de palavras ou frases (proscinésia ideativa) e mímica facial inexpressiva. Do ponto de vista inter pessoal estes doentes têm uma estrutura relacional fortemente alterada, não só pela sua tendência aumentada à resposta a todos os estímulos, mesmo neutros, como para o prolongamento das respostas motoras, de uma forma automática, sem um carácter intencional ou expressivo.

Nas formas hiperfémica e hipofémica está perturbado o limiar para desencadear respostas verbais, respectivamente no sentido da ocorrência de respostas rápidas, mas desligadas do contexto da comunicação ou, no sentido de uma redução marcada das respostas verbais interrompida por excitações verbais e distrações alucinatórias.

Na forma hebefrénica de esquizofrenia, as alterações da afectividade são a perturbação comum aos subgrupos que foram descritos por Leonhard:

formas néscia, excêntrica, superficial e autista.

Na forma néscia da hebefrenia, o embotamento afectivo é muito acentuado e há uma tendência para os comportamentos pueris. O doente, relaciona-se com os outros através de atitudes regressivas de natureza lúdica mas de tipo pueril. Quando a esta tendência se associa, de acordo com Leonhard, uma alteração dos valores pessoais, no sentido de um abaixamento do nível ético, as brincadeiras do doente hebefrénico podem atingir formas brutais.

Na forma excêntrica, os afectos são monótonos, com tonalidade depressiva e há uma tendência às esteriotipias e maneirismos. Na relação interpessoal, estes doentes, centram-se muitas vezes sobre o próprio corpo e fazem queixas de tipo hipocondríaco de um modo esteriotipado, monótono e ligeiramente querulante.

Na forma superficial (ou sem relevo) surge, em primeiro plano, a superficialidade ou a insensibilidade do afecto. Há uma ausência de ressonância afectiva e de expressividade mímica, isto é, um apagamento da reacção afectiva perante os outros. Por vezes, surgem alterações episódicas do humor, no sentido da excitabilidade ou da depressão, que podem durar alguns dias, durante os quais estes doentes se retiram do contacto social. Durante estas distímias episódicas, podem surgir alucinações ou pseudo-alucinações. A estrutura relacional deste tipo de doentes é semelhante aos da forma autista. Nesta última, há uma acentuada incomunicabilidade com os outros (verbal e não verbal), uma indiferença nas relações afectivas e uma marcada redução do interesse pelo mundo exterior. Os casos de agressividade ou agitação, em que entram subitamente estes doentes, são inesperados para os outros, pela impossibilidade de compreensão dos factores que os desencadeiam. De um modo geral, nas formas hebefrénicas de esquizofrenia, surge uma estrutura relacional regressiva e caracterizada pela ausência de ressonância afectiva; superficialidade, indiferença ou apagamento emocional e afectivo, assim como pelo desinteresse na comunicação com os outros.

Na perspectiva clínico-fenomenológica das alterações da relação interpessoal na esquizofrenia, analisámos alguns sintomas isolados, complexos sintomáticos e formas clínicas que podem assumir as variedades paranóide, catatónica e hebefrénica. No entanto, há dois aspectos importantes a assinalar.

Em primeiro lugar, na psicopatologia de linha ou filiação fenomenológica, o facto característico e fundamental da unidade e totalidade psíquica é a vivência ou a experiência interna vivida, que a cada instante emerge na consciência individual. O conceito de relações interpessoais, tal como o utilizámos nesta análise, tem uma raiz empírico-comportamentalista, que pode ser criticada à luz das concepções fenomenológicas. Sendo o facto fenomenológico, por natureza a essência do fluxo vivencial, está distanciado da realidade empírica e do "imediatamente" apreensível. A sua captação e compreensão, são feitas através de duas "operações" complementares do espírito, a redução fenoménica e o retorno ao mundo natural. Não pode, o problema do "Encontro" e do relacionar do homem com o "Mundo" e com o "Outro", ser entendido apenas em termos do acontecer quotidiano e empiricamente captável. A soma de factos ou o estabelecimento de qualquer outro tipo de relação operacional, é um procedimento não redutível à redução fenoménica, embora também permita o retirar de certas "essências" de uma realidade que se apresenta como complexa. A redução fenoménica, método intuitivo por natureza, é basicamente humana e irredutível a uma operacionalização em termos formais ou lógicos. A relação interpessoal põe problemas adicionais. O encontro interpessoal dá-se no "Mundo" da coexistência e da intersubjectividade, conceitos que não estão directamente relacionados com os de mundo natural e social. O "Encontro", não é somente uma relação concreta entre duas pessoas, nem pode ser definido em termos de padrões ou tipologias de relação, com métodos que partem de dados iniciais empíricos e não intuídos fenomenicamente. Se dispusermos de um conjunto de dados fenomenológicos, então será possível

voltar ao mundo natural, recolher novos dados e tratá-los com métodos derivados das ciências exactas. Mas o "Encontro" implica coexistência, intersubjectividade, um estar-com-Outro, um Alter-ego. Implica a introdução de noções existenciais na compreensão do devir fenomenológico. Não será legítimo reduzir a intersubjectividade, ao conceito de relação interpessoal, ou à intercomunicação, como foi salientado nos trabalhos da escola de fenomenologia social de Schutz.

Se considerarmos apenas os sintomas, mesmo descritos fenomenologicamente, sem a consideração do ser-para, do ser existencial, tal como fizemos na descrição das perturbações na relação interpessoal da esquizofrenia, colocamo-nos numa situação de manifesta insuficiência para deduzir a patologia do "encontro" existencial. O ponto de partida, teria de ser uma análise estrutural, fenomenológico-existencial da relação entre o médico e o doente, isto é, do encontro com a pessoa "esquizofrénica". Nesta concepção, a descrição das relações interpessoais só deveria ser feita a partir da captação e compreensão da estrutura e do modo de organização intencional da coexistência com o "Esquizofrénico", da patologia do encontro que tem sido objecto de estudo nos últimos anos, principalmente a partir da contribuição de Buytendijk (1952).

Em segundo lugar, queremos salientar o facto, de que as manifestações isoladas que descrevemos como sintomas da esquizofrenia estão estritamente relacionadas e deveriam ser compreendidas como modos de manifestação de uma perturbação unitária da personalidade. "A esquizofrenia afecta todas as camadas do ser humano (...) assenta no somático, exprime-se no anímico e no espiritual. Mais ainda, exprime-se na situação fundamental da existência do humano o seu viver com os outros homens no mundo" (Barahona Fernandes, 1958). A alteração das relações interpessoais do esquizofrénico, enquanto homem doente, deverá entender-se nesta perspectiva como consequência de uma alteração da "totalidade" psíquica, cuja característica essencial é a ruptura da unidade do Eu e da estrutura do conjunto da Personalidade.

De acordo, com a versão neo-Jaksoniana de H.Ey, na versão de Barahona Fernandes, haveria uma "dissolução dos estratos superiores da personalidade com irrupção de certos mecanismos neurofisiológicos vitais e de processos do inconsciente, desarmonicamente emancipados e desintegrados do conjunto da Pessoa do doente" (B.Fernandes 1958).

AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA ESQUIZOFRENIA A NÍVEL COMPORTAMENTAL

As perturbações das relações interpessoais na esquizofrenia, que descrevemos no quadro de uma psicopatologia fenomenológica, referem-se aos aspectos significativos e intencionais da experiência ou vivência relacional. Paralelamente às correntes fenomenológicas desenvolveram-se outras perspectivas de análise do comportamento. Podem ser sintetizadas em duas perspectivas. A primeira, corresponde a descrições do comportamento como resposta a estímulos, sem recurso a interpretações que não sejam derivadas do uso de métodos de observação, embora, para a análise do comportamento observado - em termos das suas relações com o meio ambiente e com o próprio organismo - não deixem de ser utilizados constructos mediadores ou variáveis intervenientes. Nesta perspectiva comportamentalista, nas descrições e interpretações do comportamento como forma de resposta e de adaptação a estímulos ambientais, o sujeito esquizofrénico é, em geral, descrito como tendo um comportamento desviado das normas sociais e desadaptado. Numa segunda perspectiva, o comportamento é descrito em termos psicodinâmicos, ou seja, como expressão de emoções, pensamentos ou necessidades subjacentes.

Nas teorias comportamentalistas, distinguem-se, em geral, dois tipos de sintomas (Storrows, 1969). os sintomas positivos, designados também por "comporta-

mento em excesso". Estes sintomas, correspondem a padrões de comportamento que causam problemas, ao próprio ou aos outros, por possuírem uma das seguintes características: (1) serem mais intensos ou extremados do que a norma, por constituírem uma exageração de respostas que seriam normais se fossem mais atenuadas, tais como, raiva e agressividade desencadeadas por mínima provocação; (2) manifestarem-se em contextos inapropriados, por exemplo, um comportamento rigidamente submisso quando é solicitada ao sujeito uma auto-afirmação; quando apesar de terem um padrão desadequado manifestam-se ostensivamente, devido ao grau de intensidade que possuem, como o comportamento alucinatório. Os sintomas negativos (também designados por défices do comportamento ou comportamentos deficitários) correspondem à ausência ou redução de respostas adaptadoras nas situações em que são solicitadas ao sujeito, por exemplo, falta de autocontrole para exercer uma tarefa importante.

Em relação à esquizofrenia, os "sintomas inter-pessoais" descritivos, mais frequentemente usados nesta perspectiva, quando positivos, dizem respeito ao comportamento social excessivo, como manifestações incontroladas de hostilidade ou agressividade ou manifestações de afecto positivo excessivo e desadequado, mudanças rápidas de intensidade emocional ou expressiva, comportamentos de hiperactividade e excessiva responsividade aos estímulos; ao comportamento socialmente incongruente e desadequado, desde posturas e maneirismos, emoções de prazer expressas em discordância com os acontecimentos sociais, adopção de papéis sociais inapropriados em relação às solicitações externas. Quando negativos são, por exp. o afastamento social, a apatia e indiferença afectiva perante os outros, a falta de cuidado nos hábitos pessoais e de higiene, o baixo nível de interesse pelas actividades recreativas ou actividade colectivas em geral, a lentidão nos movimentos, a baixa reactividade ou hiporesponsividade. Outros sintomas negativos, com implicações na relação interpessoal, descri-

tos por Grinker (1973), num estudo do comportamento, de uma amostra de jovens esquizofrênicos, são a falta de sentido de humor e a incapacidade de sentir e de partilhar com os outros emoções agradáveis (semelhante ao conceito de anedonismo de S.Rado), uma dificuldade invasiva em manter uma coerência organizativa em relação aos pensamentos, percepções, afectos e actividades (mais acentuados nas fases agudas), a predominância de comportamentos de excessiva dependência não apenas em relação aos familiares, mas ao terapeuta (verificada por exemplo nas recaídas no momento das férias do terapeuta ou mudanças de membros da equipe terapêutica), uma deficiente competência a nível das actividades escolares, profissionais (mais frequentemente observada no grupo dos doentes crónicos), e uma auto-estima excessivamente vulnerável aos acontecimentos externos. Em relação às perturbações do pensamento, da comunicação e da linguagem nos esquizofrênicos, N. Andreasen (1979) demonstra, que a divisão dos sintomas mais discriminativa em relação a outras perturbações psiquiátricas como a mania, é a divisão em perturbações formais do pensamento negativas: pobreza no discurso verbal (laco-nismo), pobreza no conteúdo do discurso verbal (pobreza de pensamento, discurso vazio), e positivas: discurso acelerado, distractibilidade no discurso verbal tangencialidade, descarrilhamento e discurso ilógico. Este tipo de sintomas é sobretudo responsável pelas perturbações evidenciáveis na comunicação interpessoal a nível da linguagem.

Um exemplo de estudos comportamentalistas, feitos "sobre o terreno", é o de McCreadie (1982). Fez uma revisão do estado psiquiátrico e social dos esquizofrênicos que viviam e recebiam tratamento na região de Nithsdale (o tempo médio de doença da amostra total era de cerca de 18 anos) e verificou que os sintomas negativos eram proeminentes e os positivos pouco comuns, não havendo diferença significativa entre dois subgrupos que diferiam na idade e tempo de duração da doença. Os sintomas mais frequentes eram o embotamento afectivo e a pobreza do discurso

verbal.

Os termos mais frequentemente utilizados para descrever o comportamento dos esquizofrénicos, em ligação com o seu ajustamento social, são, de acordo com a perspectiva comportamentalista os seguintes: comportamento de "retirada social", e comportamento "defensivo" ou "paranóide". Na perspectiva psicodinâmica os termos descritivos do comportamento social mais utilizados são comportamento "dependente", "regressivo" ou comportamento "simbiótico". Nas teorias integrativas destes dois pontos de vista, os conceitos utilizados não diferenciam os dois aspectos do comportamento - observável e intrapsíquico - pelo que toda a terminologia referida é utilizada nas suas múltiplas implicações. Por exemplo, o comportamento de retirada é associado ao comportamento dependente ou regressivo, quer a nível das hipóteses interpretativas, quer considerando o ponto de vista do ajustamento social.

O comportamento de **retirada social** é descrito e caracterizado por uma perda do interesse pelo mundo exterior, num grau variável, e por uma "retirada" para um mundo privado e individual.

São englobados, no conceito de retirada social, os comportamentos que revelam da parte do sujeito um desinteresse pelos contactos e pelas trocas sociais com os outros. Há da parte destes doentes esquizofrénicos, um esforço visível quando são solicitados a comunicar. As suas reacções e actividades estão reduzidas, por vezes são executadas de um modo estereotipado, como numa rotina. A sua incapacidade, em partilhar as experiências com os outros, leva-os a não iniciarem nenhum plano de actividades em conjunto. Num grau extremo, deste comportamento, a actividade pode estar tão reduzida que o doente negligencia a sua aparência pessoal e deteriora os hábitos e normas de um modo mais ou menos aparente (Arieti, 1974).

Do ponto de vista afectivo há uma variação que vai desde uma relativa frieza afectiva nos contactos interpersonais até à completa apatia. No limite, o doente esquizofrénico que apresenta este tipo de

comportamento revela uma ausência completa de participação social. Graus menos extremos deste comportamento têm sido descritos. Nestes casos, o contacto social é fugidio e a relação com os outros é formal, polida, refreada e temporária. Segundo Scheflen (1981), alguns esquizofrénicos, com este tipo menos extremo de comportamento de retirada, utilizam o carisma, a atração sexual, a amabilidade ou outro tipo de aproximações interpessoais com carácter agradável de modo a estabelecerem relações fugazes com os outros. No entanto, segundo o mesmo autor, este tipo de comportamento social raramente é utilizado com fins instrumentais ou para obter a adesão dos outros, por exemplo a certos ideais, ou ainda para dirigir grupos bem estruturados. Na sua grande maioria, os esquizofrénicos evitam as relações mútuas, íntimas e prolongadas com a maior parte das pessoas que os rodeiam.

Os sujeitos que apresentam este tipo de comportamento podem ser descritos como possuindo um padrão de relações interpessoais "distante", "defensivo" ou de "evitamento", "retirado" e "paranóide".

Podemos, no entanto, salientar que quando o comportamento de retirada é designado como "defensivo" implica, em geral, a utilização de um outro constructo interpretativo. Neste caso, a retirada não teria um carácter passivo mas corresponderia a uma defesa activa contra alguns atributos do mundo exterior, em particular, os derivados da relação interpessoal, que seriam vividos pelo esquizofrénico como ameaçadores, desagradáveis, hostis e geradores de ansiedade. Uma forma extrema de comportamento defensivo corresponderia para Blatt e Wild (1976) ao comportamento designado como "paranóide" cujas características observáveis seriam uma excessiva constrição, o recolhimento interpessoal, a desconfiança, a necessidade de protecção e a relutância ao cometimento interpessoal.

Apesar deste padrão geral de distância e evitamento, os esquizofrénicos são também descritos como tendo um comportamento caracterizado por uma intensa

ligação afectiva e dependência em relação a um dos membros da família, mais raramente à família no seu conjunto, enquanto instituição, um comportamento social acentuadamente **dependente**. Uma forma extrema de dependência do esquizofrénico, na interacção social diádica é o comportamento designado como **simbiótico** com características de dependência de tipo infantil. Neste comportamento, descrito por Mahler (1968), entre outros, o sujeito não é capaz de tomar nenhuma iniciativa sem a aprovação ou indicação do outro membro da relação interpessoal.

O comportamento de dependência pode ser evidenciado na dificuldade que por vezes revelam estes doentes em iniciar relações interpessoais alternativas com outras pessoas, planos independentes ou estilos de vida mantidos pelo próprio. Têm sido interpretados como correspondendo também a uma dependência camuflada, os comportamentos observáveis que visam a busca de independência, como por exemplo, uma desobediência obstinada ou o evitamento activo dos contactos com as pessoas significativas. A coexistência, dos dois modos antagónicos de interacção, tem analogia com o conceito de "ambivalência" de Bleuler.

Scheflen (1981) descreve ainda um outro padrão de interacção - **rigidez** - que é frequentemente encontrada nos sujeitos diagnosticados como esquizofrénicos, associado ao evitamento social e à hiperdependência. Há da parte destes doentes uma tendência à manutenção das situações e contactos sociais e uma resistência à mudança do seu próprio comportamento social e mesmo de parceiros sociais. Esta rigidez pode também manifestar-se como um receio quanto às variações, normais, nas manifestações emocionais daqueles de quem o sujeito depende, assim como no medo perante o seu afastamento. Pode ainda evidenciar-se nas manifestações de desagrado relativamente a mudanças nos objectos da casa e ainda pela rigidez no estilo de vida. No entanto é necessário ter em consideração que um excesso de dependência mútua, o retraimento social, o receio de novas relações e uma marcada rigidez no estilo de vida são

características que podem surgir a outro nível, isto é, são muitas vezes partilhados pela família dos esquizofrénicos no seu conjunto ou por alguns dos seus membros. Esta modalidade de comportamento - rigidez - é interpretada por Scheflen como podendo corresponder a uma necessidade de constância no campo dos indícios externos e como uma defesa preventiva contra a desorganização psicótica.

O comportamento social, dos esquizofrénicos, tem sido também analisado de um ponto de vista descritivo no plano das suas interacções não verbais. Estas observações têm sido feitas quer em contextos terapêuticos (terapia familiar, grupos de psicoterapia, etc.) quer em estudos sobre o terreno.

Citando os trabalhos de Scheflen, podemos considerar as suas descrições dos desvios do comportamento interaccional dos esquizofrénicos a partir de dados de observação directa registados em "video-tape". De acordo com este autor, o esquizofrénico tem uma incapacidade em seguir as regras de territorialidade e as normas de convivência social, sobretudo nas fases agudas da doença. As suas descrições coincidem, em geral, com a experiência clínica quotidiana de observação do comportamento dos doentes em fase psicótica aguda: a invasão massiva do espaço interpessoal dos outros, as exigências incontrolláveis, os pedidos insistentes de atenção, as interrupções do diálogo, etc. Na fase de melhoria embora o comportamento não seja tão disruptivo o mesmo tipo de "transgressões" são detectáveis. Por exemplo, em grupos terapêuticos estes doentes invadem o "espaço" dos outros com a fixidez do olhar, interrupções antes que os outros membros do grupo terminem o seu discurso verbal. Verifica-se frequentemente uma perda das regras de "boas maneiras" que reflectem uma certa forma de competência social.

Outros esquizofrénicos têm um comportamento oposto, o tronco hipotónico, quase imóvel, a cabeça flectida, uma mímica facial como que apagada, indiferentes ao relacionamento interpessoal, manifestando poucas modificações na sua expressão emocional que se

exprime com rigidez e acentuada redução da consonância com as emoções manifestadas pelos outros membros do grupo. Por vezes há, pelo contrário, uma reacção emocional excessiva e de intensidade imprevisível e ainda um evitamento em focar o olhar no dos outros.

Um dos aspectos do comportamento de interacção não verbal que Scheflen salienta como característico da esquizofrenia, consiste numa deficiência nos comportamentos de "saudação": para além de uma frequente ausência de cumprimentos verbais ou uma incorrecta projecção da voz, não se verificam muitas vezes as manifestações mímicas e posturais que anunciam a chegada de outrém. É muitas vezes verificável uma não utilização das mãos no comportamento social por parte destes doentes, por exemplo, raramente estendendo a mão aos outros. Estes e outros tipos de desvio das normas e regras sociais provocam um disfuncionamento no comportamento interpessoal e na participação social dos esquizofrénicos. O comportamento de "cortejar" está também particularmente afectado. Mesmo quando há uma motivação intensa neste sentido, o comportamento é excessivo e desadequado (hipercorteador); sobretudo nas formas paranoídes, o olhar é fixo, a postura hipertónica, os gestos repetitivos. Outro tipo de comportamento não verbal que frequentemente está alterado é o comportamento de "confrontação". Os desvios podem dar-se nas duas direcções opostas: um evitamento activo da confrontação e uma não participação ou, pelo contrário, uma busca interminável de confrontação com os outros com acentuada agressividade e hostilidade. Embora possa ser seguro que o comportamento interpessoal dos esquizofrénicos está orientado pela dinâmica da sua personalidade e pelas suas motivações básicas e afectos, existe em cada doente uma acentuada estereotipia nos padrões de comportamento, possivelmente relacionados como uma incapacidade ou uma falha na capacidade de experienciar e interpretar adequadamente a própria gestualidade e a dos outros.

Como hipótese explicativa para esta inapropriação e deficiente modulação, Scheflen admite como

hipótese, que o doente esquizofrénico teria dificuldade em compreender o significado social dos sinais ou indícios comportamentais manifestados pelos outros. Não possuindo o repertório comportamental básico que pertenceria à sua herança cultural; o esquizofrénico não seria consequentemente capaz de discriminar padrões sociais com semelhanças. Este autor, tenta explicar a génese das ideias paranóides com base na "incerteza" e ambiguidade que os estímulos sociais assumem para estes doentes. Encontrando-se o sujeito num estado de constante incerteza quanto às intenções dos que se aproximam dele gera-se desconfiança na relação interpessoal. Esta situação tornar-se-á mais grave se o esquizofrénico, pelo facto de estar confuso quanto aos padrões de interacção dos outros para com ele, também não fôr capaz de compreender o que é que o seu próprio comportamento significará para os outros. Segundo Scheflen, se esta ambiguidade e incerteza, fôr muito acentuada gera o receio dos próprios movimentos e o doente pode ficar imóvel.

As interacções diádicas não verbais, entre doentes esquizofrénicos e as mães, analisadas a partir de registos em video-tape na sala de espera de um consultório, caracterizam-se por uma marcada ausência de comportamentos directos, isto é de interacções face-a-face, focagem do olhar, gestos e contactos corporais. É ainda o mesmo autor quem descreve este padrão interpessoal caracterizado por uma elevada simbiose e uma reduzida interacção. Verifica que em geral não há trocas verbais entre a mãe e o filho e que quando estas ocorrem ocasionalmente não há, com elevada frequência, contactos visuais entre eles. Este tipo de comportamento pode também ser observado em sessões de terapia familiar gravadas em video. No entanto, assinala-se que existem simultaneamente graus elevados de dependência mútua e de comportamento filiativo.

Um outro facto observável e que poderá ter implicações a nível da hipótese "familiar" de génese de certas perturbações esquizofrénicas é também citado por Scheflen. Verificou este autor, que o comporta-

mento social caracterizado por um baixo nível de interacção não verbal, é um comportamento habitual e que faz parte do repertório normal de algumas mães de esquizofrénicos. Estas, na sua relação interpessoal habitual, evitam olhar para os outros, fogem ao contacto manual e às actividades face-a-face com os outros membros da família. Parecem partilhar a deficiência interaccional do filho esquizofrénico. Foram avaliadas por Bowen (1978) como sofrendo de "estados-limite" de esquizofrenia e uma marcada "fragilidade" emocional. Refere ainda Bowen que este défice de interacção se transmite a três gerações sucessivas.

Os constructos ou abstrações que descrevemos relativos a alguns repertórios comportamentais dos esquizofrénicos a nível social, sobretudo o comportamento de "retirada" e a de "rigidez", são aplicáveis a outro tipo de contextos e, de um modo geral, ao ambiente e aos estímulos externos. Hoch (1972) interroga-se sobre a verdadeira natureza do comportamento de retirada e sobre a possível relação de subordinação entre o comportamento de "retirada social" e o comportamento de "afastamento" ou de "evitamento" dos estímulos externos. Afirmar ser o aspecto social da retirada o que tem sido mais salientado por se manifestarem nestes doentes grandes dificuldades nas relações interpessoais. No entanto, é impossível determinar se este afastamento dos outros é produzido pela situação social interpessoal ou se é intrínseco à própria doença. Por absurdo, poderíamos imaginar o caso de um esquizofrénico que vivesse completamente isolado dos contactos sociais e questionar se teria ou não sinais de retirada em relação a outros estímulos ambientais. Este problema está relacionado com as hipóteses explicativas que têm sido formuladas para o comportamento de "retirada" e pelo papel determinante que, nas várias teorias, tem sido atribuído a um défice fisiológico, por exemplo, a nível dos mecanismos de filtragem da informação relevante ou dos processos de atenção selectiva, em detrimento de hipóteses explicativas cujo ênfase é posto no papel causal de meca-

nismos defensivos de natureza puramente psicológica, intrapsíquica, ou introduzidos, como uma dimensão social a nível interpeessoal. O tipo de explicação depende ainda das relações que são pressupostas como existentes entre os vários níveis da perturbação esquizofrénica: relações de simples integração ou de reciprocidade no plano horizontal, ou pelo contrário, relações de circularidade horizontal ou vertical, isto é, dentro de um mesmo nível, ou de uns níveis em relação aos outros, estando estes organizados de um modo hierárquico e inclusivo.

† A DISSOCIABILIZAÇÃO DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA ESQUIZOFRENIA

A dissociabilização ou perda da integração simbólica a nível social, quando surge na esquizofrenia, independentemente do subtipo que consideramos, conduz invariavelmente a uma "desarticulação" do grupo social, a um isolamento da comunidade dos símbolos e signos sociais e, por conseguinte, a um défice no relacionamento interpeessoal. Equivale ao comportamento, que descrevemos sob a designação, de "retirada" social. Para este tipo de comportamento têm sido elaboradas hipóteses interpretativas, em vários domínios da teoria psicológica, desde os psicodinâmicos aos psicofisiológicos. O ênfase, para a "explicação" deste tipo de comportamento - que envolve um afastamento activo dos estímulos do meio ambiente em particular dos que possuem um carácter social - tem sido colocado em mecanismos pulsionais alterados, numa regressão a níveis anteriores do processo de simbolização, num défice dos processos de comunicação social, na perturbação da capacidade de formação de conceitos e na abstracção ou ainda, numa alteração da exploração e estratégias de filtragem dos estímulos disponíveis para

o processo de geração das respostas.

Um conjunto de constructos interpretativos da retirada social, têm sido postulados; o mais frequentemente utilizado, consiste na postulação de que a "retirada" é um comportamento defensivo em relação a uma ansiedade intrapsíquica, insustentável para o sujeito que a vivencia (Sullivan, 1962, Arieti, 1974). Outros autores, introduzem a noção de ansiedade como uma informação cognitiva aversiva, ou seja, que envolve uma informação acerca de uma experiência individual potencialmente negativa, da qual o sujeito pode aprender a defender-se processando a informação (social) com estratégias desadequadas (Hamilton, V., 1976). A importância da informação ambiental é salientada por outro grupo de autores, em particular o papel das características do meio familiar, para a aquisição das estratégias de sociabilização alterada na esquizofrenia. A literatura, sobre os determinantes sociais do comportamento dos esquizofrênicos, é muito extensa e não será revista em detalhe. Os pontos mais importantes destas formulações encontram-se em Bateson e colaboradores (1956) na hipótese da "dupla - ligação", Lidz e col. (1958), Whyne e Singer (1963, 1965), que relacionam a transmissão da irracionalidade, outros padrões e estilos de comunicação familiar alterados com as perturbações do pensamento e com o déficit de integração social na esquizofrenia.

As teorias da dissociabilização, que iremos rever, nas quais se pretende explicar o comportamento social alterado dos esquizofrênicos, na sua dimensão de retirada social, possuem um grau de generalidade e de consistência interna, consideráveis, pelo conjunto de resultados pragmáticos a que tem conduzido a sua aplicação. Esse critério de verificabilidade, embora discutível, poderá ser aceite num domínio onde múltiplos e sucessivos estudos têm conduzido a resultados tão contraditórios e fragmentários. Será sucessivamente considerada a contribuição dos modelos psicanalíticos ou psicodinâmicos, das hipóteses de "desarticulação" social de Cameron e de Sullivan e finalmente o modelo integrativo de Arieti.

A DISSOCIALIZAÇÃO E O DESINVESTIMENTO DA LIBIDO DA REALIDADE OBJECTAL. Os modelos psicanalíticos.

A contribuição da teoria psicanalítica Freudiana para a interpretação da esquizofrenia, do ponto de vista das relações do esquizofrénico com a realidade, tem sofrido diversas evoluções desde as primeiras interpretações feitas por Freud em 1911, nas referências ao caso de paranóia de Schreber. Embora na teoria psicanalítica as psicoses não sejam um objecto predominante de estudo, houve alguns autores para além do próprio Freud que propuseram modelos interpretativos das perturbações desta doença como por exemplo, Federn (1949) e Fairbain (1952).

Levantam-se, no entanto, vários problemas metodológicos na análise das conclusões e das hipóteses interpretativas que têm sido colocadas nos estudos psicanalíticos. A maior parte das formulações baseiam-se em situações terapêuticas, para as quais não são utilizados critérios de diagnóstico que se possam considerar fiáveis, relativamente a outros tipos de estudo. Por exemplo, em muitos autores, por vezes, não é feita uma distinção nítida entre esquizofrenia e psicose. Em relação ao tipo de doentes estudados em curas psicanalíticas não há, de um modo geral, independência ou controle de variáveis culturais ou sócio-económicas, sendo na sua maioria doentes de nível médio ou elevado. Não existe, por outro lado, uma concordância na terminologia das várias correntes ou escolas derivadas da teoria Freudiana clássica. Embora sendo observáveis os comportamentos verbais e algumas variedades dos não verbais que serviram de ponto de partida para a conceptualização, esta é formulada, em geral, sob a forma de descrições meta-psicológicas, não verificáveis, referentes a aspectos particulares da relação transferencial (vivenciais, dinâmicos, etc.). Finalmente, como última asserção podemos assinalar que, para a descrição, utilizam-se

principalmente termos que correspondem a inferências de segunda e terceira ordem o que torna por vezes ainda mais difícil o estudo comparativo entre diferentes perspectivas ou escolas.

As divergências ou controvérsias, entre os vários autores de orientação psicanalítica, relativas à interpretação das psicoses, situam-se em vários pontos (Shapiro, 1981). Em primeiro lugar, na alternativa do uso de modelos de conflito ou de modelos de déficit que apenas alguns autores, como Fenichel (1949), tentam conciliar. Para os defensores do primeiro modelo, as psicoses em geral, e em particular a esquizofrenia, teriam a mesma origem das neuroses, ou seja, corresponderiam à utilização de certas defesas como reacção a conflitos intrapsíquicos. Os defensores do segundo modelo afirmam que haveria um déficit na maturação precoce do Eu do esquizofrénico, e, para o explicar usam conceitos como o de "fraqueza do Eu", fragilidade que seria corrigida, ou não, em fases posteriores do desenvolvimento. Um segundo ponto de divergência diz respeito ao enfoque que é dado aos determinantes do comportamento, fundamentais para a perturbação psicótica. São, por exemplo, as divergências que decorrem do facto de se considerar a necessidade de adaptação à realidade dos impulsos objectais primários como o determinante fundamental da construção do Eu; ou pelo contrário, de se considerar que é a experiência social e interpessoal que assumem o papel mais importante para esta elaboração. Um terceiro ponto de divergência diz respeito ao papel atribuído ao processo de regressão na génese dos sintomas da esquizofrenia.

As dificuldades derivadas da complexidade das teorias e das suas hipóteses interpretativas, são tanto maiores quanto a própria estrutura da teoria psicanalítica freudiana ao ser analisada de um ponto de vista metapsicológico, como fizeram Rapaport (1959) ou Gedo e Goldberg (1973), é conceptualizada com divergências quanto aos modelos implícitos na teoria.

De um ponto de vista da metapsicologia da psicanálise, por exemplo Rapaport, analisa a estrutura

da teoria psicanalítica, distinguindo vários "níveis de análise", isto é, os diversos aspectos sob os quais a expressão e o conteúdo psíquicos podem ser percebidos tendo em vista a sua descrição, níveis que correspondem a diferentes referentes causais e dinâmicos e às suas modificações históricas.

Na fase inicial da teoria Freudiana (1895) admitem-se três "níveis de análise": neuroanatômico e neurodinâmico, ambiente versus o Eu, consciente versus o inconsciente; na segunda fase (1900), o "nível de análise" predominante está centrado no conflito dos impulsos versus censura; o terceiro nível, que surge com o desenvolvimento da psicologia do Eu (1923) e com a cristalização de um sistema dual de referência, passa a ser predominantemente intrapsíquico, dos impulsos versus as estruturas. Em 1926 o sistema de referência intrapsíquico passa de novo a ser considerado biológico, isto é, os impulsos são interpretados como referentes biológicos, em conflito com a realidade externa, através de um conjunto de constructos hipotéticos (impulsos e estruturas). Os três "níveis de análise" - biológico, intrapsíquico e da realidade - são considerados em termos das suas representações psicológicas, o quinto "nível de análise" é desenvolvido, de acordo com Rapaport, pelos continuadores de Freud e dissidentes, e corresponde a um sistema de "níveis múltiplos de análise", que inclui os níveis dinâmico, económico, estrutural, genético e adaptativo (Horney, Sullivan, Erikson, Hartman, entre outros), cujos fundamentos já se encontravam na obra anterior de Freud.

Na fase inicial dos seus trabalhos Freud utiliza os termos "neurose" e "psicose" de uma forma intermutável, considerando que correspondem a extremos do continuum doença mental. Os dois tipos de perturbações, seriam dois modos de defesa contra os conflitos provocados pela deficiente repressão dos impulsos.

No segundo estadio da teoria, após a publicação do caso Schreber em 1911, Freud salienta o papel da libido no desenvolvimento dos sintomas, e teoriza que

a psicose ocorre devido à extrema retirada ou desinvestimento da libido da realidade objectal, das representações mentais dos objectos, quando as pulsões instintivas se tornam não manejáveis. O doente desinveste do mundo exterior, torna-se apenas interessado no seu corpo ou no seu Ego. Nesta formulação, Freud distingue as "neuroses", que teriam origem num recalque do instinto (pulsões e libido), das "psicoses" que seriam um recalque da realidade. Numa primeira fase, as psicoses passariam por este período de recalçamento do mundo exterior e de concentração narcísica da libido objectal, regressão que tende a levar o indivíduo a um estado em que o mundo exterior lhe é indiferente. Esta "retirada" pode, eventualmente, conduzir a sintomas restitutivos sob a forma de delírios e de alucinações. De acordo com Boyer e Giovacchini (1967), a distinção que faz Freud entre paranoia e esquizofrenia que prefere designar por parafrenia, é que enquanto na primeira há ainda investimento objectal e uma regressão ao estadio narcísico, na segunda há uma regressão aos estadios auto-eróticos do desenvolvimento. Neste segundo estadio da teoria, um relevo é dado à retirada psicótica do meio ambiente, na qual se inclui o meio sócio-interpessoal.

No terceiro período da teoria freudiana, que segundo Shapiro (1981) se iniciaria em 1921 com a apresentação do modelo estrutural do "Ego" e do "Id", é salientada a importância do Ego como mediador entre o Id o Super-Ego e a realidade. Embora uma teoria da esquizofrenia não tenha sido elaborada com este modelo, Freud reconhece o papel da clivagem do Ego no desenvolvimento da psicose. Foram, no entanto, os continuadores de Freud como por exemplo Hartman (1951) que desenvolve a teoria da adaptação do Ego à realidade. Outros autores como Federn (1952), distanciam-se da visão de Freud em relação às psicoses. Para este autor, o déficit primário na esquizofrenia, é o desinvestimento do Ego, que conduz a um enfraquecimento dos limites entre o Ego o mundo externo, os pensamentos e a realidade. Neste estadio há uma regressão a um período anterior no qual não há

distinção entre as percepções do Ego e as do mundo exterior.

Na linha da teoria de Melanie Klein, poderemos salientar os trabalhos de Fairbain (1952) sobre a esquizofrenia. Considera este autor, a teoria de Freud inadequada para a interpretação do desinvestimento da libido, afirma que o doente psicótico tem um Ego fraco, imaturo, e pouco desenvolvido e que a libido é uma energia primariamente motivada para a busca do objecto. O desenvolvimento é conceptualizado em termos das mudanças qualitativas da relação do Ego com os objectos internos e externos. A internalização, seria uma procura para manter "bons", os objectos externos. No entanto, o Ego esquizóide teria tendência a fugir dos "maus" objectos quer sejam externos ou internos. Nas fases avançadas de psicose a regressão é interpretada como um estadio extremo de desinvestimento da realidade, vivenciada como intolerável porque nela estão projectados os "maus" objectos e com consequente renúncia progressiva aos contactos sociais.

Um dos pontos mais frágeis da teoria freudiana psicanalítica consistiu numa análise inadequada do desenvolvimento cognitivo, aspecto particularmente perturbado na esquizofrenia. Embora as características do processo primário de pensamento, tenham algumas analogias com o pensamento regressivo dos esquizofrénicos- ser determinado pelos impulsos e motivações, negando a realidade, com uma representação concreta das ideias abstractas, com fusão ou aglutinação de conceitos, dirigido por conexões associativas entre ideias, com coexistência de ideias logicamente incompatíveis, substituições da parte pelo todo, substituições associativas, substituição de ideias e de sons por similaridade, substituição da representação de uma ideia pela oposta e finalmente substituição das representações por símbolos universais - foram deduzidas da análise de sonhos, procedimento com validação questionável. Recentemente (Schmid-Kitsikis, e col. 1973, 1975 e Brown, 1980), têm sido feitas tentativas experimentais de integrar hipóteses derivadas de teorias cognitivas, por exemplo piagetianas, com aspectos

do desenvolvimento pulsional, tal como foi conceptualizado nas teorias psicanalíticas, e aplicá-las ao estudo das perturbações do pensamento esquizofrénico.

A DISSOCIABILIZAÇÃO E A ALTERAÇÃO DA COMUNICAÇÃO SOCIAL - Contribuição de CAMERON



O processo de dissociabilização na esquizofrenia, foi concebido por Norman Cameron (1944, 1951), como a perturbação subjacente aos fenómenos manifestos e observáveis a nível da linguagem e do pensamento. Para este autor, a linguagem social, partilhada pela comunidade a que o sujeito pertence é, no decurso da doença - esquizofrenia - progressivamente substituída por uma forma de comunicação "privada", isto é, distanciada e sem conformidade com o pensamento ou a linguagem dos outros. Com a progressiva dissociabilização, o doente afasta-se cada vez mais dos hábitos da linguagem social, constrói uma "pseudo-comunidade" a que corresponde uma organização do pensamento, da linguagem e um comportamento, cuja origem está em relação com as observações e inferências que deduz a partir de uma interacção perturbada com os outros.

Para Cameron, o comportamento simbólico dos adultos (no qual inclui o pensamento e a linguagem organizados) é, na sua maior parte, socialmente derivado. A desadequação social adquire-se no decurso do desenvolvimento quando o sujeito se torna incapaz de manter um nível inteligível de comunicação com os outros.

No decurso do desenvolvimento, a aquisição da linguagem leva a uma modificação na organização do pensamento, que progressivamente tende a tornar-se mais sociabilizado pela evolução da própria organização da linguagem, socialmente determinada. Para Cameron, a capacidade de comunicação social estaria dependente do desenvolvimento da capacidade de assumir, na interacção social, o papel dos outros, de reproduzir as suas atitudes nas próprias respostas

dadas em situações sociais e ainda da possibilidade de reagir ao próprio comportamento tal como se supõe que os outros reagiriam se o observassem. É por este processo de construção do Próprio social que um sujeito partilha, gradualmente, com os outros um repertório comum de pensamento e de linguagem.

A adaptação social depende, segundo Cameron, da capacidade do sujeito para modificar rapidamente as suas perspectivas, de acordo com a apreensão que é capaz de fazer sobre o ponto de vista dos outros, e sobre o reflexo que as próprias atitudes têm sobre eles. Quando perde a capacidade de comunicação social, o sujeito torna-se incapaz de assumir adequadamente os papéis sociais e de partilhar as atitudes dos outros, ou seja, de participar efectivamente na vida social. Dá-se o fenómeno que Cameron designa por "desarticulação" do grupo social. Estes sujeitos que têm, em geral, na sua biografia anterior uma história de inadequação social progressiva quando são submetidos a conflitos ou frustrações intensas revelam uma diminuição na capacidade de manter um nível de comunicação inteligível, uma entrega ao próprio pensamento privado ou a uma vida de fantasia, para a qual não é requerida qualquer conformidade com o pensamento dos outros. Este processo de dissociabilização se fôr progressivo, leva à substituição dos hábitos sociais de comunicação por hábitos pessoais e idiossincráticos, a uma maior falha na comunicação social e ainda à progressiva perda da organização do pensamento. Da "comunidade social" o doente passa à "comunidade autista" e finalmente ao estadio de desorganização.

Cameron (1944), descreve a desorganização esquizofrénica da linguagem e do pensamento, a partir da aplicação de provas que contêm problemas lógicos e provas do tipo prático ou manipulativo de formação de conceitos (Hanfmann-Kasanin) em doentes diagnosticados como sofrendo de esquizofrenia. Os dados obtidos (verbais ou não verbais) foram classificados em várias categorias que Cameron considera como características da desorganização conceptual dos doen-

tes esquizofrênicos.

O pensamento assindético, consiste numa acentuada escassez de ligações causais genuínas (assindese). Os esquizofrênicos justapõem conjuntos de elementos ou termos vagamente relacionados, muitos dos quais apenas tangencialmente em relação ao tópico em questão. Há, segundo Cameron, evidência de que os esquizofrênicos sentem que estes elementos estão de algum modo relacionados, no entanto, o que os doentes efectivamente fornecem é apenas uma colecção semi-organizada de fragmentos, em vez de uma unidade funcional de discurso. Como exemplo podemos citar um doente a quem se perguntou o que fazia soprar o vento, e que responde: "devido à velocidade, devido à perda do ar, evaporação da água... o contacto das árvores, o ar das árvores". O sujeito não utiliza uma organização lógica normalmente sindética, conectiva que lhe permita, por exemplo, numa tarefa de completar frases, eliminar várias possibilidades de resposta e desse modo restringir a solução a algo mais definido e preciso. Segundo Cameron, este facto está relacionado com a dispersão esquizofrênica, isto é, com a perda da capacidade de restringir, eliminar e focalizar-se numa certa tarefa.

A distorção metonímica é definida por Cameron como a utilização numa frase de um termo aproximado, embora relacionado, como substituto do termo mais exacto e definido, que seria usado nas mesmas circunstâncias por uma pessoa normal. Por exemplo, um doente diz que "tomou um menu três vezes por dia" em vez de usar as palavras "comida" ou "refeição". O uso de metonímicas transforma o discurso verbal num idioma pessoal, mas se é conhecido o quadro de referência de vida do doente ou as suas fantasias, estas frases podem, segundo Cameron, ser traduzidas em formas mais rigorosas e correntes.

A dispersão por amplificação é um tipo de desorganização da linguagem que surge quando se pede ao doente que explicita o significado das suas respostas. Ao contrário dos sujeitos normais, os esquizofrênicos não respondem com um aumento de precisão, mas ten-

dem a amplificar as suas referências com um material tangencialmente relacionado com o tema em questão. Poderá haver amplificação dos comentários com adição de material irrelevante e uma maior dispersão das respostas.

A interpenetração de temas, segundo Cameron, surge em sujeitos gravemente desorganizados e com intensas preocupações. As preocupações quando atingem um ponto em que as influências externas são excluídas, podem surgir sob a forma de intrusões no discurso verbal do doente que é relativo a temas neutros. Há desse modo uma interpenetração de temas referentes às questões colocadas ao sujeito com os temas que são relativos às suas preocupações. Afirmar Cameron, que na situação em que os temas de fantasia sociais do doente podem dominar os acontecimentos externos no campo do comportamento social, o doente tem uma perspectiva distorcida e fragmentada do meio ambiente que não pode influenciar a sua conduta de um modo socialmente organizado.

Incongruência entre actos e palavras. No decurso de uma tarefa, muitas vezes os doentes relatam ou fazem afirmações sobre o que estão a executar de um modo que contradiz abertamente o que estão a realizar. Por exemplo, no teste de Hanfmann-Kasanin fazem agrupamentos com base na cor, mas declaram que o princípio classificativo que estão a utilizar é o da forma. Cameron afirma que esta desorganização do comportamento permite a coexistência de respostas incongruentes e competitivas em relação às mesmas situações, sem que haja uma tendência para a fusão ou compromisso, para a resolução da contradição.

A alteração das condições experimentais, consiste no comportamento, observado por Cameron, no decurso do teste de Hanfmann-Kasanin, no qual os esquizofrénicos tendem a alterar a natureza da tarefa ou a modificar os blocos, de modo a justificar o princípio incorrecto de classificação que estão a utilizar. Segundo Cameron, esta tendência poderia estar relacionada com a incapacidade geral do doente para lidar com os factos tal como eles são, e para

retirar-se para uma fantasia substitutiva quando tem dificuldades no campo social .

Generalizações diversas mas ineficazes: apesar da sua desorganização, afirma Cameron, que os esquizofrénicos são capazes de colocar numerosas hipóteses e de mudar de uma hipótese para outra, sem grande dificuldade, quando solicitados para isso. No entanto, as suas generalizações são ineficazes por serem demasiado inclusivas, demasiado ligadas às preocupações pessoais, ou ainda muito imbrincadas nas próprias fantasias. Cameron está, de certo modo, em contradição com Goldstein quando afirma que não há nestes doentes um défice na capacidade de generalização, mas uma inadequação desta em relação à busca de soluções para os problemas que lhes são colocados nos testes do pensamento conceptual.

Hiperinclusividade: esta categoria foi usada por Cameron com duas acepções. Verifica, que uma das principais razões porque os doentes falhavam nos testes de selecção de objectos era devida à sua incapacidade de manter os limites do problema e de restringir as operações dentro desses limites. O doente introduz na situação de teste toda a espécie de objectos exteriores, ideias associadas, alguns objectos ou temas distanciados, conflitos pessoais, etc. A resposta correcta não é fornecida pelo doente por incapacidade para limitar e restringir a atenção aos estímulos relevantes da tarefa, sem reagir tão frequentemente a estímulos irrelevantes. Há uma extensão de estímulos que pertencem a uma certa categoria ou classe, para o exterior dos seus limites conceptuais.

Cameron (1951), posteriormente alarga o seu conceito de hiperinclusividade a qualquer resposta dada a um estímulo inapropriado. Como resultado desta definição, algumas das categorias do pensamento que tinham sido por ele descritas: pensamento assindético, interpenetração de temas, metonímias, podem ser incluídas neste conceito mais alargado de hiperinclusividade. A assindese devida à justaposição ou tangencialidade dos tópicos relacionados entre si,

requeriria uma resposta aos estímulos com uma extensão alargada; a interpenetração de temas corresponderia a uma hiperinclusividade de fantasias ou de necessidades emocionais; e a metonímia poderia representar a inclusão inapropriada num certo conceito de ideias que lhe são tangenciais.

O resultado deste processo de hiperinclusividade é que os conceitos utilizados pelos esquizofrénicos são alargados, vagos e imprecisos e consequentemente o próprio pensamento assume esse carácter. Poderão mesmo surgir aparentes contradições lógicas, quando conceitos mutuamente exclusivos se sobrepõem no processo do pensamento, pelo facto de possuírem elementos semelhantes.

Após os trabalhos de Cameron, o pensamento inclusivo foi estudado por uma série de investigadores e tornou-se uma das hipóteses mais importantes da explicação de alguns sintomas da esquizofrenia.

Algumas medidas do pensamento hiperinclusivo que foram desenvolvidas, podem ser de um modo geral classificadas em testes verbais e testes de classificação. Entre os testes verbais, podemos salientar as medidas de Epstein (1953), cujo teste consiste na apresentação ao doente de uma palavra-estímulo e de várias respostas alternativas, sendo a hiperinclusividade medida pelo número de palavras escolhidas; e o teste de definição de Moran (1953), no qual se pede ao sujeito que forneça tantos sinónimos quanto possível a um conjunto de palavras estímulo. Os resultados da aplicação destas duas medidas a doentes esquizofrénicos e sujeitos normais, dão resultados contraditórios. Enquanto os autores citados verificam em ambas as provas que os esquizofrénicos obtêm notas mais elevadas que o grupo de controle de normais, interpretam estes resultados de acordo com o critério de hiperinclusividade de Cameron, outros investigadores obtiveram resultados opostos. Por exemplo, Payne (1971) cita o trabalho de Sturm (1965) que afirma que verificou a existência de hiperinclusividade em doentes neuróticos e psicóticos depressivos, para além dos esquizofrénicos agudos. Pela aplicação

do teste de Epstein verificou-se ainda que nenhum subgrupo particular de esquizofrênicos ("deteriorados", "agudos" e "reactivos") era especialmente hiperinclusivo e que não havia diferenças significativas entre eles no que diz respeito a esta alteração cognitiva.

Entre os testes de classificação (identificativa) para medir a hiperinclusividade, podemos citar: o teste de Zaslow (1950), no qual é pedido ao sujeito que delimite dois conjuntos de figuras geométricas a partir de estímulos que diferem gradualmente entre si, considerando-se que os sujeitos hiperinclusivos incluem mais cartões em cada categoria; o teste de classificação de objectos de Payne (1962), cujos estímulos consistem em objectos de várias formas geométricas, tamanhos, espessuras e peso, fornecidos a um sujeito a quem se pede que os classifique de todas as maneiras que fôr capaz. A hiperinclusividade consistiria na inclusão de objectos em categorias a partir de estímulos irrelevantes, tais como riscos ou ranhuras não intencionais, sombras feitas pelo objecto na mesa, associações idiossincráticas, etc.. Outros testes incluídos nesta categoria são derivados do teste de escolha de objectos de Goldstein, utilizado em trabalhos de Payne, Matussek e George (1959), Lovibond (1954) e McGaughan (1954).

Nos testes referidos, os autores concluem, de um modo geral, que os esquizofrênicos agudos ou "reactivos" são mais inclusivos do que os normais e apenas nalgumas provas os esquizofrênicos crônicos são mais inclusivos. Os doentes com lesões orgânicas cerebrais revelam ainda uma maior subinclusividade.

Um diferente princípio é utilizado por Chapman e Taylor e Janet (1957), em cujo teste utilizaram material verbal, constituído por um conjunto de palavras impressas em cartões, sendo solicitado ao sujeito que separe todas as palavras que correspondem a um certo conceito, daquelas que não fazem parte dessa categoria. Estes autores, encontraram resultados contraditórios com os mencionados anteriormente, isto é, verificaram que os esquizofrênicos crônicos produzem

mais erros de hiperinclusividade do que os esquizofrênicos agudos.

Noutros estudos, a hiperinclusividade é relacionada com a distractibilidade. Chapman (1956) verifica que a atenção dos esquizofrênicos crônicos é mais frequentemente desviada por itens distractivos idênticos, enquanto que nos normais é por itens diferentes da mesma categoria. Outros autores, (Downing, Erbert e Shubrooks, 1963) replicaram estes estudos, obtendo resultados semelhantes com esquizofrênicos agudos e confirmaram que, nestes doentes, quanto mais próxima for a ligação associativa entre o distractivo e a palavra estímulo, maior é a distractibilidade. Verificam outros autores, que nos testes de distractibilidade os sujeitos mais afectados eram os esquizofrênicos crônicos, ou os doentes com lesões orgânicas cerebrais. Estes resultados são, segundo Payne (1971) claramente diferentes dos obtidos com as medidas ou provas de hiperinclusividade que citámos e sugerem não ser este fenómeno produzido por erros ligados a um aumento da distractibilidade.

Os trabalhos de Payne e colaboradores têm de algum modo dominado a literatura referente à hiperinclusividade após as investigações de Cameron. Em estudos posteriores aos da aplicação de testes para medida da hiperinclusividade, Payne e Hewlett (1960) aplicaram uma análise factorial aos resultados de várias provas de hiperinclusividade, no sentido de determinar se de facto estas medidas têm algo em comum. Utilizaram nesta análise, uma extensa bateria de testes, medidas não só da hiperinclusividade, como de velocidade motora e de rendimento intelectual, concretização do pensamento e "psicoticismo". Os testes foram aplicados a amostras homogêneas de doentes esquizofrênicos agudos, depressivos, neuróticos e sujeitos normais. Verificam estes autores a existência de dois factores principais que designam por: "retardamento" e "hiperinclusividade". O primeiro factor, definido quase inteiramente pelos testes de velocidade, caracteriza os doentes depressivos e cerca de metade dos esquizofrênicos; o segundo factor,

definido exclusivamente pelos testes do pensamento inclusivo, separa os depressivos dos restantes esquizofrénicos que obtêm notas elevadas. Payne e colaboradores concluíram, que a partir destes resultados se podem identificar dois tipos de esquizofrénicos, os hiperinclusivos e os retardados. Payne e Friedlander (1962) propõem que os três testes - teste de classificação de objectos de Payne, algumas medidas do teste de escolha de objectos de Goldstein e Scheerer e o número de palavras do teste de provérbios de Benjamin - que se revelaram as melhores medidas de hiperinclusividade constituem a melhor definição operacional deste conceito. Utilizando estas medidas, verificaram que os esquizofrénicos crónicos são menos inclusivos do que agudos. No entanto, estudos de intercorrelação entre os três testes citados por Payne (1971) revelam que cada teste mede um factor específico, estando, por exemplo, a capacidade verbal muito provavelmente implicada nas respostas ao teste de provérbios. Por esse motivo, a intercorrelação apresenta grandes variações, de acordo com o tipo de doentes esquizofrénicos testados. Apenas nas amostras de doentes com perturbações de pensamento, cuidadosamente seleccionados, se verificou uma correlação significativa entre as três medidas. Sugere Payne, a partir dos valores de correlação obtidos entre os testes individuais e a nota total de hiperinclusividade que são os testes de provérbios os que têm menos em comum com as outras medidas ou provas. Conclui que as baixas correlações verificadas noutras amostras de esquizofrénicos, levam a atribuir a esta bateria de testes uma limitada validade clínica, sendo os resultados apenas significativos quando existe uma clara evidência clínica de presença de perturbações do pensamento.

Em vários trabalhos em que são apresentadas amostras comparativas com outros diagnósticos nosológicos (citado por Payne, 1971) verificou-se que os doentes pertencentes ao grupo de neuróticos, embora com valores baixos, são mais inclusivos do que os normais. Os restantes grupos nosológicos -

esquizofrénicos paranóides, esquizofrénicos não paranóides, esquizofrénicos não diferenciados e maníacos - continha uma percentagem considerável de doentes com notas mais elevadas de hiperinclusividade, embora apenas um quarto destes valores fossem mais elevados do que nos neuróticos. Estes dados sugerem que o pensamento hiperinclusivo é uma perturbação relativamente pouco comum e não parece caracterizar a maioria dos doentes esquizofrénicos, como a hipótese de Cameron faria supor.

Relativamente às relações entre a hiperinclusividade e o prognóstico da doença, Payne em 1968, descreve os resultados de um seguimento de doentes psicóticos, aos quais na primeira admissão hospitalar foi aplicada a bateria de Payne e Friedlander de hiperinclusividade. Verificou-se ao fim de 3 anos que havia uma tendência estatisticamente significativa dos doentes com notas mais elevadas de hiperinclusividade, para terem um melhor nível de ajustamento social e também uma tendência estatisticamente significativa dos doentes "retardados" para um pior prognóstico. Como referem Chapman e Chapman (1973) na maior parte dos estudos de prognóstico em que foram utilizadas medidas diferentes de avaliação das perturbações do pensamento, encontrou-se um padrão oposto, isto é, os doentes mais desorganizados na fase inicial eram os que tinham pior recuperação. Sugerem estes autores que os doentes pertencentes às amostras do trabalho de Payne e col. são de tipo diferente dos anteriores, dada a heterogeneidade do grupo de esquizofrenia.

Houve, por outro lado, uma tentativa de relacionar a hiperinclusividade com a actividade delirante. Payne, Caird e Laverty (1964) fizeram um estudo cuja finalidade era investigar as relações entre a distractibilidade (numa experiência de tempos de reacção), o pensamento hiperinclusivo e o delírio paranóide. Verificaram que os tempos de reacção dos esquizofrénicos paranóides eram mais afectados pela distractibilidade do que os não paranóides, e que havia uma tendência altamente significativa da parte dos

paranóides para a hiperinclusividade. A hipótese inicial de Payne de que o pensamento hiperinclusivo estava especialmente associado ao delírio, sendo este interpretado com base na inclusão de ideias inapropriadas no raciocínio do doente, não foi confirmada em estudos posteriores. Assim, Hawks e Payne (1971) constataram numa amostra de esquizofrénicos crónicos que havia uma relação significativa entre a hiperinclusividade e alguns tipos de delírio, mas não em relação a outros tipos. Outros autores como Loyd (1967) replicaram a experiência de Payne e col. (1964), mas utilizaram um método de registo mais rigoroso pela gravação das respostas. Verificaram que embora os doentes delirantes fornecessem efectivamente um maior número de respostas nos testes de provérbios que os não delirantes, argumentam que é necessário entrar em consideração, não só com a frequência, como com a natureza das palavras fornecidas pelos doentes. Doutro modo, não é possível distinguir a mera verbosidade da intrusão psicótica de palavras inapropriadas. Afirmam que "o número de palavras para interpretar provérbios pode reflectir mais a comunicação de preocupações delirantes, comportamento que não deve ser considerado como hiperinclusividade" (citado por Chapman e Chapman, 1973). É o próprio Payne (1971), que nas conclusões do trabalho que citámos quem afirma que: "o pensamento hiperinclusivo não parece especialmente associado com o pensamento delirante, apesar de termos obtido alguns resultados iniciais promissores, e nenhuma das hipóteses que se colocaram para o explicar foram demonstradas. O máximo que se pode afirmar é que, quando a hiperinclusividade parece estar presente, o prognóstico para estes doentes é melhor do que a média".

De um modo geral conclui Payne que, embora haja uma quantidade considerável de trabalhos de investigação, o pensamento hiperinclusivo é um conceito que se mantém até certo ponto ilusório. É difícil afirmar que as várias medidas de hiperinclusividade tenham algo em comum. A bateria de Payne e Friedlander parece estar intercorrelacionada, apenas

quando as amostras incluem doentes com perturbações do pensamento. É ainda sugerido por alguns trabalhos que o pensamento hiperinclusivo é um fenómeno pouco comum na esquizofrenia, igualmente prevalente entre os doentes maníacos e em menor grau nos neuróticos.

Muitas outras críticas têm sido feitas aos trabalhos de Payne. Entre estas, citaremos a de Gathercole (1965) que afirma que as notas elevadas nos três testes de Payne só podem ser obtidas se há uma tendência dos sujeitos para um excesso de respostas; e ainda, que os testes de Payne não medem provavelmente o mesmo conceito de hiperinclusividade definida por Cameron nos seus trabalhos com esquizofrénicos crónicos. A primeira destas críticas é aceite pelo próprio Payne que no trabalho com Hawks (1971) observa uma correlação positiva entre as medidas de hiperinclusividade e o nível de loquacidade ou verbosidade dos doentes. O segundo tipo de críticas é retomado por Price (1970), que defende ser "o próprio conceito de hiperinclusividade um conceito hiperinclusivo". Baseia a sua suposição em três ordens de factores: primeiro, porque um número relativamente grande de diversas operações experimentais têm sido aceites como se fossem medidas idênticas de hiperinclusividade; segundo porque as generalizações, no que diz respeito à natureza hiperinclusiva das perturbações esquizofrénicas, são muitas vezes feitas com base em evidências ou resultados extraídos de experiências muito diversas; e terceiro pela própria atracção exercida sobre o investigador pelo grau de generalidade do conceito ou pela própria noção de hiperinclusividade. Utilizado como um termo descritivo, fornece a ilusão de que se pode unificar num princípio explicativo único, uma larga variedade de resultados experimentais. Como consequência destes factos a extensão do conceito reduz a sua utilidade descritiva e impossibilita a descrição (ou explicação) de aspectos específicos do défice conceptual na esquizofrenia.

(comp. LETA)

A DISTORÇÃO DO SISTEMA INTERPESSOAL NA TEORIA DE H.S.SULLIVAN

A formulação teórica de H.S.Sullivan (1892-1949) tem alguns pontos de contacto com a de Cameron, no que se refere à perturbação do pensamento na esquizofrenia. Embora Sullivan esteja fortemente influenciado pelo modelo psicanalítico, tal como Cameron, admite que o doente esquizofrénico por uma perturbação no processo de sociabilização resultante de experiências e conflitos emocionais, abandona qualquer expectativa de obter satisfação nas suas relações interpessoais e consequentemente perde a sua capacidade de comunicação a nível social. Deixa de usar a linguagem para comunicar com os outros; restringe o seu uso para uma busca de segurança através dos processos "mágicos" da primeira infância. O seu discurso torna-se semelhante à linguagem onírica, diferenciando-se desta pelo facto dos mecanismos distorcedores do processo primário operarem não apenas sobre uma memória (como no sonho) mas sobre os atributos percebidos de acontecimentos objectivos da realidade externa.

Para Sullivan, a perturbação esquizofrénica, representa uma falha no dinamismo do Próprio- padrão relativamente estável de transformações energéticas e recorrentes que caracterizam o organismo- para manter dissociados os conteúdos da personificação "não eu".

Para este autor o desenvolvimento do sistema do Próprio é feito por fases, directamente relacionadas com as necessidades interpessoais, ou seja, com a necessidade de evitar a desaprovação da parte dos adultos significativos. Nas fases, precoces do desenvolvimento do Sistema do Próprio, certas experiências são personificadas em termos do "eu bom", "eu mau" e "não eu". Do mesmo modo, os outros são personificados como a "boa" mãe ou a "má" mãe, que corresponde a um modo aprendido de os perceber, que será conser-

vado ao longo da vida, como um padrão. O conceito de "personificação", refere-se em Sullivan, a um padrão cognitivo, complexo e organizado, acerca de uma certa pessoa não necessariamente real, construído a partir das experiências precoces de relação interpessoal. Apenas as personificações do "não eu" e muitas vezes o "mau eu" são excluídas da consciência imediata. As perturbações psíquicas resultam quando alguns destes processos dissociativos irrompem na consciência e a sua natureza -neurótica ou psicótica- depende, para Sullivan, do modo como o Sistema do Próprio se mantém ou pelo contrário, é incapaz de se manter face a estas crises.

A esquizofrenia quando se inicia na adolescência ou fase adulta precoce, seria precipitada por alguma experiência interpessoal que sobrecarrega as defesas dissociativas. Neste caso, o dinamismo do Próprio falharia no controle da ansiedade, que para Sullivan é a força dinâmica propulsora da personalidade e também o elemento essencial para a produção das perturbações psicopatológicas. O Sistema do Próprio e o seu dinamismo desenvolvem-se como resposta à ansiedade, as suas técnicas e padrões de comportamento visam um alívio e uma eliminação dos seus efeitos perturbadores. Estas operações de segurança, raramente são conseguidas de um modo completo. Inevitavelmente, a ansiedade manifesta-se em sintomas que se evidenciam na actividade humana: queixas psicossomáticas, tiques, gestos estereotipados, actividade onírica, entre outros. Estes sintomas produzem descargas, aceitáveis e mínimas, de tensão preventiva de manifestações mais massivas e que mantêm o sujeito num estado de efectivo funcionamento. No entanto, sob o efeito de tensões externas ou por sobrecarga de exigências internas, as defesas protectoras do Sistema do Próprio tornam-se inadequadas, ocorrendo uma desintegração mais ou menos massiva.

Para Sullivan, o conceito de doença mental deriva directamente dos conceitos interpessoais. A psicose resultaria da emergência na consciência de aspectos interpessoais da personalidade que tinham

sido reprimidos. Estes processos disruptivos em relação aos processos sociais consensualmente aceites pelo Próprio, evocam-lhe sentimentos negativos. Na esquizofrenia, surge na consciência uma emergência do "não eu", num contexto de modos de experiência caóticos e indiferenciados, em remanescentes prototáxicos e paratáxicos. Estes são os dois primeiros modos do processo de simbolização. Segundo Sullivan, toda a experiência é essencialmente simbólica e os processos de simbolização ocorrem na infância em modos sucessivamente aprendidos. O mais primitivo é o prototáxico no qual a experiência é indiferenciada em relação às noções de tempo, espaço e relacionamento com os outros. Consiste numa série de impressões, descontínuas, sem relação umas com as outras, sem uma distinção entre o Eu e o ambiente, sem uma localização precisa das origens das impressões recebidas. Com o desenvolvimento e a maturação, a totalidade original da experiência é quebrada. No entanto, os aspectos "parciais", os diversos aspectos da experiência, não estão relacionados ou conectados entre si de uma forma lógica. Associam-se pelas circunstâncias, por relações de concomitância. Afirma Sullivan que neste período de simbolização, designado por paratáxico, o pensamento não se "move" logicamente de uma ideia para outra. No terceiro estágio de simbolização, no modo sintáxico, pelo uso da linguagem, entendida num sentido lato, a criança aprende gradualmente o seu significado validado consensualmente, isto é, o conjunto dos significados adquiridos pelas actividades de grupo, actividades interpessoais e experiência social. A actividade simbólica, também consensualmente validada, envolve um apelo aos princípios que são aceites como verdadeiros pelos outros.

Na esquizofrenia, com a emergência do "não eu" o sujeito admite na consciência os processos referenciais caóticos e obscuros da primeira infância, o que confere à doença as características desse período inicial. De acordo com Sullivan, o sujeito fica mergulhado num pânico, perplexo e confuso, as suas palavras e gestos podem assumir pouco sentido para

as pessoas cujos Sistemas do Próprio estão ainda intactos. Esta reação inicial é frequentemente seguida de uma reacção catatónica com características de extrema regressão. Gradualmente há, da parte do sujeito, uma tentativa de controle sobre os processos mentais, isto é, de resolução do conflito e de reintegração do Sistema do Próprio. A forma de controle escolhida vai, de acordo com Sullivan, determinar as características "particulares" da esquizofrenia. Na reorganização paranóide da personalidade, o sujeito, numa tentativa de reduzir a sua perplexidade e forte ansiedade, reconstrói ou reintegra o seu Sistema desadequado, conferindo um novo significado às suas experiências, pelo uso de processos referenciais não legitimados pela realidade, ou ainda, reprimindo as dúvidas acerca de si mesmo. Nesta solução para o "desastre" esquizofrénico, o sujeito adquire alguma segurança e certeza através da reestruturação da sua visão do mundo, mesmo que essa transformação seja feita no sentido da hostilidade e animosidade contra si mesmo. A transformação paranóide da personalidade, dá-se pela impossibilidade do sujeito para manter uma dissociação razoável das tendências previamente dissociadas na personalidade. No entanto, estas tendências, estão ainda distanciadas em termos do eu personificado, são inaceitáveis para o sujeito enquanto aspectos de si mesmo. Como consequência deste facto, o que está dissociado e tem ainda um certo significado relacionado com o "não eu", é agora definitivamente personificado como "não eu", isto é como "outros".

Outras soluções, para além de uma solução intelectualmente organizada, como é a formulação paranóide, podem ser utilizadas. Na delapidação hebefrénica com deterioração emocional, o sujeito desiste das suas tentativas de encarar o mundo em termos coerentes e sistemáticos e transforma-o num mundo completamente ilógico e sem significado.

A psicose, para Sullivan, resultaria por conseguinte, das soluções encontradas face à reacção psicótica aguda da fase inicial que são interpretadas no

contexto da sua teoria interpessoal. Estas soluções constituem tentativas do sujeito para evitar ou estabelecer novas relações interpessoais. Através do processo reconstrutivo o doente psicótico procura segurança e tenta evitar a ansiedade relacionando-se com os outros através do modo de ajustamento psicótico. Neste sentido, a esquizofrenia, seria um processo reconstitutivo com várias formas que não constituiriam entidades ou tipos nosológicos independentes, mas corresponderiam a diferentes tentativas de reintegração do Sistema do Próprio.

A DISSOCIABILIZAÇÃO NA ESQUIZOFRENIA COMO INTERPRETAÇÃO DO COMPORTAMENTO DE RETIRADA. Teoria integrativa de S. ARIETI

A teoria de dissociabilização na esquizofrenia, desenvolvida por Arieti (1948, 1975), é uma teoria complexa, integrativa de conceitos derivados de várias disciplinas, desde a psicanálise à teoria semântica. Para este autor, a dissociabilização na esquizofrenia, é equivalente ao conceito comportamentalista de "retirada", corresponde à perda dos símbolos e papéis adquiridos na fase infantil do desenvolvimento individual. Este processo em que está implícito um mecanismo de regressão, produz-se por uma alteração no processo normal de simbolização, na realidade interna do doente e nas inter-relações com a realidade exterior. A retirada social ou interpessoal é o comportamento observável, acentuação extrema de traços de personalidade esquizóide anteriores ao início referenciável da doença nas formas mais graves de manifestação, é no entanto invariavelmente precedido por um padrão alterado na interacção precoce com os outros.

A dissociabilização esquizofrénica tem um significado muito mais extenso do que a simples retirada física do meio social - que pode surgir em personalidades acentuadas - porque implica uma perda de integração simbólica a nível social. O ser humano, no

decurso do seu desenvolvimento, modifica as suas experiências pelo processo da simbolização. Para Arieti, é a propriedade simbólica que permite ao homem transformar a informação, a percepção do mundo espaço-temporal em que vive, formar uma concepção que está para além do que lhe é dado.

No contexto teórico em que Arieti se coloca, a simbolização é uma formulação da experiência, em que está implícita uma abstracção, que lhe confere uma identidade significativa. Por este processo, as experiências sensoriais adquirem uma forma ou organização, os signos são transformados em símbolos. Para compreender a teoria da dissociabilização ou a sua equivalente dessimbolização, é necessário avançar um pouco mais no entendimento do uso que faz este autor dos conceitos de signo e símbolo.

De acordo com S. Langer (1941 a 1962) os signos, podem ser partilhados pelo homem e pelos animais. Por exemplo, o cheiro de um rato que não está visível, é para o gato o sinal da sua proximidade; ou as manchas cutâneas podem constituir para o clínico um sinal de sarampo. Em ambos os casos, estes signos são partes ou indícios de objectos ou situações, representativos da totalidade que está ou virá a estar presente. Arieti afirma que os símbolos pertencem a um "nível superior em relação aos signos porque são representativos de algo que não está presente". Mais explicitamente, o caso do signo que é predicativo do sujeito, leva o observador a tomar consciência da sua presença actual ou eminente. Pelo contrário, se o termo fôr usado de um modo simbólico não está associado directamente a um sujeito mas a uma certa concepção do sujeito; os símbolos não são indicadores da sua presença mas veículos para um conhecimento que está para além do dado perceptivo. Deste modo, um termo usado de um modo simbólico e não como um signo, em relação a um sujeito ou objecto, não evoca nenhuma acção de busca ou preparação para a sua presença.

A diferença fundamental entre signos e símbolos, para S. Langer (1941), reside na função significativa

que têm para o sujeito, os signos anunciam os objectos, os símbolos levam à concepção do objecto; "o signo é algo sobre o qual se age ou um meio de ordenar a acção, o símbolo é um instrumento do pensamento".

De acordo com Arieti, há uma hierarquia de símbolos. A forma mais primitiva do símbolo é a imagem. Quando formamos "imagens sensoriais", que são um registo de experiências perceptivas, elas possuem um carácter simbólico que lhes é conferido pelo facto de serem um produto de experiência. Por exemplo, em relação à experiência visual, as imagens não são uma cópia directa mas uma transformação individual dos estímulos. As imagens possuem as características dos símbolos, não só por serem produtos da interacção do sujeito com o meio, portadores de significado, como por serem objectos internos cuja natureza está para além da representação (transformada) ou conotação do objecto externo original. Podem significar outros objectos que têm apenas uma analogia lógica com os primitivos, isto é, têm uma função metafórica ou simbólica. As imagens internas, do ponto de vista psicológico, possuem as características que lhes confere o facto de serem privadas ou individualizadas para cada sujeito. A sua formação marca o início do processo de simbolização, no decurso da primeira infância. A criança cerca dos oito a nove meses de idade, com a formação da imagem materna, que persiste mesmo quando esta não está presente, constrói o objecto interno primitivo, imagem ou representação interna do objecto materno substituto. Inicia-se o processo primário da cognição, a elaboração do mundo interior ou da realidade psíquica separada da realidade externa. A imagem tende, no entanto, a ser privada, não pode ser externalizada ou exteriorizada enquanto a criança não possuir competência verbal. Nesta fase do seu desenvolvimento, ela continua a participar no mundo através de modos não simbólicos, que têm a natureza sensório-motora da acomodação repetitiva dos esquemas anteriormente adquiridos por coordenação da visão, apreensão, fonação e audição, Piaget (1968).

Na fase seguinte do desenvolvimento da simbolização surge o início da exteriorização da imagem. Segundo Arieti, ocorre quando o sujeito é capaz de estabelecer uma relação de equivalência, entre um acontecimento exterior ou coisa presente e algo que está ausente. Afirma que a "coisa" que é tomada como equivalente do objecto ausente, é originalmente percebida como uma parte ou predicado do objecto que não está presente e torna-se assim num paleosímbolo.

Os paleosímbolos, símbolos arcaicos, do mesmo modo que os símbolos do tipo superior, sociais ou verbais, podem ser auditivos, visuais, tácteis, etc.. Para a compreensão do conceito de paleosímbolo é necessário considerar os seus dois aspectos fundamentais: (1) serem símbolos exteriorizáveis através de uma acção motora, verbal ou sensação auditiva ou táctil, evocarem não um objecto total ausente mas partes ou fragmentos desse objecto, não serem símbolos sociais ou comuns, e terem um carácter individual ou privado, isto é, uma função significativa apenas para o próprio sujeito, não partilhada por outros; (2) surgirem numa certa fase infantil do desenvolvimento e também numa fase anterior ao aparecimento de símbolos tribais, comuns a todos os seus membros. Tomaremos, como exemplo, (Langer, 1941) a passagem de comportamentos práticos individuais com significados privados (por exemplo actos de limpeza), à repetição ou imitação consciente por outros, do mesmo modo ou forma como o comportamento foi executado, até à aquisição de um significado secundário, com um valor tribal que ultrapassa o significado inicial prático para se transformar num ritual da própria tribo (por exemplo ritual de purificação).

Numa perspectiva piagetiana, poderíamos considerar como equivalentes ao paleosímbolo, por exemplo no decurso da evolução do comportamento de imitação, a fase que se caracteriza pela imitação de sons ou gestos, parcelares, referidos a regiões do corpo não visíveis para a criança, mas aplicados a situações novas para ela numa exploração acomodativa. Os gestos ou sons são imitados, nesta fase, a partir de

indícios que faziam parte de um esquema global e que consistem, por vezes, num esboço de representação plástica e imitativa do desenrolar anterior da acção, usando o movimento parcial do seu corpo como um símbolo representativo. A imitação, neste caso, desempenha o papel da imagem interior embora permaneça exteriorizada. Na fase seguinte do desenvolvimento, a criança faz uma imitação diferida em relação ao momento de observação do modelo. Para Piaget, é neste momento que o gesto se torna um significante diferenciado do seu significado (ou seja destacado das exigências sensório-motoras e da cópia perceptiva directa do modelo).

Quando os paleosímbolos têm uma natureza verbal, são sons aplicados a todos os objectos que têm de comum algum predicado ou qualidade particular mas que não pertencem à mesma classe - por exemplo o som que a criança utiliza para designar todos os objectos que aparecem e desaparecem. Estes primeiros esquemas são, na designação de Piaget, pré-verbais, possuem características dos esquemas sensório-motores, embora com uma certa distanciação em relação à actividade própria, e anunciam os elementos característicos do processo de comunicação, que têm uma definição fixa do significado e da relação à classe a que pertencem, sendo por esse facto socialmente comunicáveis. Na criança os sons onomatopaicos possuem o carácter imitativo e a mobilidade dos símbolos individuais e privados, e das imagens imitativas e vão adquirir posteriormente o carácter fixo dos signos ou dos símbolos sociais.

De acordo com Arieti, na linguagem do homem primitivo a evolução da palavra a partir do paleo-símbolo até aos seus níveis mais abstractos dá-se quando adquire um carácter conotativo para além das funções que possuía de denotação e de verbalização. Uma palavra quando é criada por um homem primitivo, denota ou refere-se a um objecto concreto e é aplicada em relação a ele. A verbalização é a palavra como entidade verbal independente do seu valor simbólico. Nas sociedades primitivas, uma palavra está tão

estritamente ligada ao objecto que denota, que muitas vezes é confundida com o próprio objecto, e assume as suas qualidades quando lhe é aplicada. Mais tarde, a palavra adquire uma conotação, ou seja, passa a representar o conceito ou classe a que o objecto pertence. De um certo modo dá-se um alargamento da conotação primitiva em que o objecto pertencia a uma classe singular. Concomitantemente com o aparecimento da linguagem na criança, inicia-se a sociabilização da acção, isto é, da integração simbólica a nível social, embora, como referimos, no período anterior a esta aquisição a criança já possuía símbolos sociais não verbais que correspondiam a gestos, atitudes, acções e sentimentos com um significado interpessoal; a linguagem e o desenvolvimento da capacidade conceptual, operatória concreta e formal, vai possibilitar uma expansão dos símbolos sociais. A criança à medida que aprende novas formas de expressão verbal, aprende novas relações e papéis que deve assumir. Para a construção da imagem do Próprio formada pela imagem corporal, auto-estima e auto-identificação, a criança necessita também das palavras, conceitos e papéis reflectidas no próprio a partir do meio ambiente humano. Vão sendo atingidos sucessivos níveis de simbolização social, nos quais, os símbolos e expressões dos níveis anteriores persistem e podem continuar a ser utilizados.

O processo de dessimbolização ou dissocialização na esquizofrenia, de acordo com a teoria de Arieti, vai corresponder a uma regressão do processo que descrevemos. Afirma, "há uma reprodução aproximada em ordem inversa de todos os estadios de simbolização" (1974). No entanto, acrescenta, que pode haver nesta regressão uma sobreposição em variadas proporções, o que pode produzir um quadro desorganizado.

O início do processo de dissocialização é sempre, a perda progressiva da organização dos símbolos que estão referidas ao Próprio. As atitudes, papéis e tendências que, reproduzidas dos outros, se tinham tornado numa parte integrante do Próprio, serão rejeitadas ou desinvestidas. Haverá não só uma

rejeição das atitudes e tendências introjectadas no processo de desenvolvimento do Próprio, como uma tendência para a sua projecção ou retorno sobre os outros (as pessoas significativas ou substitutos). A partir deste pressuposto Arieti, reformula o conceito de projecção, afirmando ser esta não apenas a atribuição de uma ideia a outrém mas um mecanismo de restituição, de devolução, de uma parte desagradável do Próprio aos que, se crê, tenham contribuído para a sua construção. O doente deixa de aceitar como fazendo parte de si mesmo, por exemplo, atitudes de autocrítica ou condenação que considera ou sente como desagradáveis, transformando-as em atributos persecutórios dos outros. Este mecanismo de restituição ou de retorno é complexo dado que não se exerce apenas sobre as pessoas que foram "dadores" originais, mas sobre outras que as simbolizam. Em síntese, pode distinguir-se três fases sucessivas: primeiro uma fase de introjecção na qual as atitudes ou acções dos "pais", introjectadas, são ainda exteriores e actuais. Uma segunda fase de assimilação em que a criança primeiro distorce, isto é, avalia desproporcionadamente, e depois aceita a atitude dos pais que passa a equivaler à atitude que ela tem para consigo mesma. Por exemplo, por acreditar que os pais o fizeram: culpabiliza-se, desgosta-se ou controla-se. Na terceira fase - de projecção - que corresponde ao estadio psicótico, há uma rejeição destas atitudes que são devolvidas aos pais simbólicos. De acordo com Arieti, este mecanismo de projecção pode ser encarado como uma transformação das relações interpessoais entre o "Nós" e o "Vós" ; "Vós" é o primeiro familiar ou familiar-substituto; em seguida "Vós" sofre distorções e torna-se num componente do Próprio. Se surge a psicose o "Vós" é o perseguidor.

Em relação à génese da perda da estima do Próprio, Arieti refere o seu início aos 2º e 3º períodos do desenvolvimento infantil. As experiências desagradáveis que foram introjectadas e reprimidas no período anterior, continuam actuaes e desencadeiam motivações inconscientes para a distorção das acções e

relações interpessoais. Participam também na formação da imagem do Próprio, acentuando progressivamente a sua alteração e a dificuldade em a tolerar. Durante o 4º período - o da psicose - surge então a tentativa de eliminação da imagem do Próprio. Este mecanismo está para Arieti na base da formação do delírio.

Pode ocorrer outro processo de dessimbolização relativa às imagens do Próprio. Consiste na atribuição ou aceitação pelo próprio (actual) das fantasias que tiveram de ser expulsas ou reprimidas na infância, por serem irrealistas na interacção com os outros. Situam-se ao nível dos paleosímbolos, são por exemplo fantasias de grandeza, atitudes megalómanas, etc., ou seja símbolos sociais. Correspondem à amplificação ou expansão de atributos do Próprio, que só se tornaram aceitáveis para ele após a rejeição e projecção dos atributos desagradáveis que tinham sido originariamente introjectados a partir dos outros. Numa fase inicial da doença, nestes atributos estruturados em atitudes e papéis, ainda persiste a influência dos símbolos comuns, pertencentes ao nível social, mas que são utilizados a nível paleosimbólico. No entanto, à medida que a regressão se acentua, estes papéis tornam-se cada vez mais individuais, privados ou bizarros, e a imagem do Próprio é cada vez mais invadida pelos paleosímbolos. Em certos casos, o processo de regressão continua e a dissociabilização não se manifesta apenas pelo "enriquecimento" através de sintomas do tipo mencionado, mas por um empobrecimento do Próprio. Neste grau de regressão, há um desinvestimento progressivo dos símbolos comuns, tornando-se cada vez mais difícil para o doente assumir papéis sociais, quer os dos outros, quer os que julga lhe foram atribuídos.

Para Arieti, nesta fase a dissociabilização não significa apenas a perda da integração simbólica produzida pela redução do repertório dos símbolos sociais comuns ligados ao Próprio, a que corresponde a nível do comportamento uma diminuição das trocas e dos seus benefícios. Mas, nesta fase, o esquizofrénico perde também uma parte de si mesmo.

A dissimbolização do pensamento e da linguagem

A teoria de Arieti relativa à interpretação das perturbações da esquizofrenia com base na análise dos princípios lógicos do pensamento, é uma extensão do trabalho de Von Domarus (1944) que define as leis específicas da lógica utilizada na esquizofrenia. Segundo este autor, o esquizofrênico não utiliza nos seus raciocínios as leis da lógica normal ou habitual, mas o seu pensamento é paralógico. De acordo com Von Domarus a pessoa normal num raciocínio silogístico tira uma conclusão que é apenas justificada se a permissa principal contiver implicitamente a permissa menor, ou pertencer à mesma classe geral de predicados. A identidade lógica é baseada numa identidade dos sujeitos. Para o esquizofrênico é suficiente que exista algum predicado que seja idêntico nos sujeitos das duas classes, para que uma identidade entre eles possa ser estabelecida. Von Domarus dá, como exemplo, o seguinte silogismo: se a permissa A for "certos índios são velozes" e a permissa B "os veados são velozes", o doente esquizofrênico poderá concluir que "alguns índios são veados". Neste tipo de raciocínio (paralógico) a identidade é baseada na presença de um predicado particular idêntico. Von Domarus relaciona este tipo de propriedade formal do pensamento com o pensamento infantil da fase egocêntrica definida por Vigotsky. Nesta fase, a criança não separa a linguagem interior da linguagem externa. O discurso verbal interior organiza-se mais pelo pensamento em predicados do que em frases com relações sujeito-predicado, tal como no pensamento paralógico. De acordo com Von Domarus, o sujeito que pensa paralogicamente exprime-se pelos hábitos da linguagem egocêntrica, através do seu pensamento predicativo e de regressão à fase infantil egocêntrica.

Arieti (1974) formula extensamente uma teoria compreensiva das transformações cognitivas da esquizofrenia. Considera que o princípio de Von Domarus,

que designa por "pensamento paleológico", possui uma lógica que parece ser a precursora do processo lógico do pensamento secundário normal, que obedece às leis enunciadas por Aristóteles. Esta designação equivale ao termo "paralógico" utilizado por Von Domarus. Assinala Arieti que o termo "lógico" é utilizado no sentido de "qualquer tipo de organização mental, que não é imediatamente determinada ou estruturada como uma percepção, mas que envolve um movimento ou esforço no sentido do entender ou do conhecer, independente da sua validade". A adopção do pensamento paleológico, segundo Arieti, ocorre em todos os tipos de esquizofrenia, com um grau máximo na hebefrenia. No entanto, nem todo o pensamento dos doentes tem uma modalidade paleológica, permanecendo "ilhas" de pensamento lógico; este tipo de organização cognitiva é assumida pelo doente de acordo com o seu quadro de referência psicodinâmico. Quando um sujeito está, num estado de grande ansiedade, não consegue funcionar a um certo nível de integração psicológica ou pelo menos nesse nível não lhe é possível evitar o sofrimento. Nessa situação, surge uma forte tendência para uma regressão a níveis inferiores que lhe permitam diminuir a ansiedade, pelo menos temporariamente. Arieti designa esta regressão por "regressão teleológica" na medida em que visa uma finalidade. O doente esquizofrênico, quando está numa situação em que vivencia uma ansiedade, desastrosa para o seu eu interior, e para a concepção que tem de si mesmo, não pode interpretar a realidade através da lógica aristotélica, cujas regras o levariam à consciência de uma verdade intolerável e o deixariam em estado de pânico. Para evitar essa ansiedade o doente, no contexto de uma regressão teleológica, adopta formas de pensamento que obedecem a outras regras lógicas e que lhe permitem enfrentar a realidade, mesmo parcialmente, de acordo com os seus desejos.

A estrutura do pensamento paleológico em confronto com o pensamento aristotélico é analisada em detalhe por Arieti. Como referimos anteriormente, é a existência de um certo predicado que conduz ao

processo de identificação. Dado que os predicados usados por um mesmo sujeito podem ser extremamente numerosos, é difícil determinar qual é o que o doente escolherá para identificação. Por este motivo, o pensamento torna-se bizarro, imprevisível, individualizado e muitas vezes incompreensível. O predicado seleccionado no processo de identificação é designado por "elo identificador". A sua escolha será determinada pelos factores emocionais envolvidos em cada doente e que, segundo Arieti, seriam os descritos por Freud na "Psicopatologia da Vida Quotidiana" (1938), por Jung na "Psicologia da demência precoce" (1936) e nos trabalhos relativos às associações de palavras (1910, 1918). Nota, no entanto, que os estudos limitados à consideração dos factores emocionais, ou seja, relativos à interpretação psicodinâmica da selecção dos predicados, não explicam as manifestações formais do pensamento paleológico. Por outro lado, o princípio de Von Domarus, embora determine um tipo de cognição com uma estrutura bem defenida, é também explicativo da elevada variabilidade e imprevisibilidade que possuem as conclusões cognitivas atingidas pelos esquizofrénicos. Por este motivo, a produção verbal destes doentes, apesar de certas características comuns, é incompreensível e manifesta-se com maior variação e diferença entre os próprios doentes, do que entre estes e a população normal. Só seria possível a compreensão do significado do que o doente exprime, se o elo identificador fôr um predicado de qualidade, se corresponder a uma qualidade abstracta ou concreta do sujeito ou de um objecto que lhe está associado; se o predicado pertencer à categoria dos predicados de contiguidade, temporal ou espacial, características que paleologicamente são concebidas como pertencentes ao sujeito e como tal consideradas predicados, embora apenas mantenham com ele relações de contiguidade, já não é possível a compreensão da sua linguagem.

O princípio de Von Domarus, segundo Arieti, explicaria ainda as contaminações feitas pelos esquizofrénicos, por exemplo, quando desenham uma figura metade homem metade mulher, os neologismos formados

pela composição de diversos símbolos verbais, ou as suas dificuldades emocionais na identificação sexual. Estes três tipos diferentes de fenómenos surgem pelo facto do pensamento paleológico não obedecer à lei aristotélica do terceiro excluído. Se tomarmos em consideração as restantes leis ou princípios aristotélicos: identidade, contradição e princípio da razão suficiente, pode facilmente verificar-se que não estão incluídos no pensamento paleológico. Em relação a outros sintomas da esquizofrenia, nomeadamente o delírio, afirma Arieti que embora nem todos os delírios possam ser explicados pelo princípio de Von Domarus, os delírios de identificação podem ser originados no mecanismo formal de identidade, a partir de um atributo particular comum ao doente e à personagem com quem este se identifica delirantemente. É interessante referir a compreensão da estrutura dos sonhos a partir deste princípio, pela aplicação das mesmas regras às condensações de imagens, deslocamentos e simbolização. De um modo geral, Arieti relaciona o tipo de cognição do pensamento paleológico com o fenómeno do simbolismo descrito por Freud e com os processos primários da cognição em geral.

Chapman e Chapman (1973) fazem uma crítica a Arieti e Von Domarus, afirmando que estes autores estão errados na sua crença de que o adulto normal, consciente e de cultura ocidental não usa habitualmente raciocínios paralógicos. Esta afirmação, baseia-se em investigações sobre o raciocínio silogístico em adultos normais nos quais se confirma a prevalência de erros paralógicos. Chapman e Chapman (1959), entre outros, demonstram experimentalmente que a maioria dos sujeitos de uma amostra de estudantes, num raciocínio silogístico, tira a conclusão que duas coisas são idênticas na base de um predicado comum. Noutros estudos, como o de Gottesman e Chapman (1960) são comparadas amostras de esquizofrénicos e normais em relação à frequência dos erros paralógicos. A verificação de que os esquizofrénicos, embora menos rigorosos do que os normais, mas que não diferem deles na percentagem dos erros previstos por

Von Domarus, poderia levar à rejeição da sua hipótese. No entanto, deve notar-se que a amostra de esquizofrénicos seleccionados para esta investigação era formada pelos que não estavam muito perturbados do ponto de vista cognitivo, e cujo nível de eficiência intelectual era equivalente ao do grupo de controle normal. Este tipo de amostragem foi também utilizado noutros estudos comparativos, entre esquizofrénicos e normais, em relação aos erros paralógicos e raciocínio silogístico (nomeadamente Jacobs, 1969, Williams, 1964, Nims, 1959 e Wyatt, 1965) citados por Chapman e Chapman e cujas conclusões eram concordantes com as do trabalho de Gottesman e Chapman. As investigações que utilizam doentes sem perturbações cognitivas não podem fornecer qualquer evidência relativa à natureza da perturbação cognitiva na esquizofrenia, como afirmam Chapman e Chapman e são uma importante limitação para as conclusões dos estudos comparativos citados. Se o que distingue o pensamento dos esquizofrénicos em relação aos normais é o conteúdo bizarro e delirante das conclusões que estes doentes tiram, e não o seu estatuto lógico, é uma matéria ainda controversa na literatura, não estando as hipóteses de Von Domarus e de Arieti actualmente comprovadas ou rejeitadas.

Deve assinalar-se, por outro lado, que Arieti (1974) posteriormente às críticas de Chapman e Chapman, faz uma referência clara ao aparecimento de regressão paleológica no pensamento quotidiano dos sujeitos "presumivelmente normais ou quase-normais". Para o demonstrar, utiliza o método de análise de casos clínicos e a sua interpretação dinâmica num contexto terapêutico. Estabelece uma analogia entre o conceito de "autismo" e de "pensamento paleológico" e menciona, que este ocorre não só nos esquizofrénicos, mas também em sujeitos normais com estados emocionais intensos, assim como nas crianças durante a actividade lúdica. De resto, deve acentuar-se, em relação às críticas que foram formuladas às hipóteses de Arieti, que este autor utiliza uma metodologia não experimental e basicamente clínica, pelo que os resul-

tados não são inteiramente comparáveis.

Em relação às perturbações da linguagem na esquizofrenia, Arieti também as relaciona com o pensamento paleológico e define "um segundo princípio importante da cognição esquizofrénica": enquanto que uma pessoa normal e vigil está principalmente preocupada com a conotação e a denotação de um símbolo, mas é capaz de deslocar a sua atenção de um dos aspectos para o outro e também para a verbalização do símbolo, o esquizofrénico tende a tornar-se mais preocupado com a denotação e a verbalização e vivencia uma diminuição na sua capacidade de conotar. Há ao nível da linguagem esquizofrénica uma redução do poder conotativo e um ênfase na denotação e na verbalização.

A conotação de um símbolo verbal, atribuição dum significado à palavra, está alterado no processo do pensamento paleológico. Para a pessoa que pensa paleologicamente os símbolos verbais deixam de ser representativos de um grupo ou de uma classe para passarem a representar apenas o objecto específico que está a ser considerado naquele momento. Segundo Arieti, há um deslizar gradual do nível de conotação para o de denotação. Esta redução do poder conotativo pode ser analisado quando se solicita ao esquizofrénico que defina uma palavra comum, fenómeno verificável na tendência à definição literal dos provérbios (Benjamim, 1944) ou ao uso individual, e corrente das palavras, produzido pela perda da atitude abstracta (Goldstein, 1943).

Um segundo tipo de fenómenos que a nível da linguagem esquizofrénica está em ligação com o raciocínio paleológico consiste para Arieti no ênfase ou maior significado atribuídos à denotação e à verbalização. A palavra, despojada da sua conotação, fica de certo modo isolada do seu contexto lógico, mas no entanto, aumenta a sua tonalidade emocional, o seu valor subjectivo e individualizado. Surge em conexão com as imagens sensoriais e subjectivas do sujeito, aproxima-se do nível perceptivo. O modo de denotação destes doentes tem analogia com o das crianças que,

não tendo ainda adquirido a capacidade de conceptualizar adequadamente, têm uma estrutura paleológica de pensamento.

Segundo este autor, quando diminui ou se perde o valor conotativo da palavra, esta pode transformar-se numa entidade com um valor puramente fonológico. Por outro lado, a perda ou diminuição do valor semântico, socialmente estabelecido, é acompanhada por um aumento do valor da verbalização. Neste caso Arieti considera que várias situações se podem verificar: a verbalização pode constituir o elo identificador, por exemplo, diferentes objectos são identificados porque têm nomes com características comuns; a verbalização pode tornar-se parte da denotação de modo que o símbolo verbal pode ser tomado como parte da "coisa" que é simbolizada; as ideias podem associar-se, não pelo seu significado, mas pelas qualidades fonéticas das palavras pelas quais são representadas; finalmente, podem as palavras ser seleccionadas pela sua assonância ou por outras qualidades fonéticas investidas dum significado especial.

A interpretação que faz Arieti das perturbações da linguagem tem uma natureza associacionista, a partir das concepções de Bleuler que descreve os sucessivos mecanismos de desorganização da linguagem à medida que se dá progressão da doença. Numa primeira fase, as leis de associação manifestas na linguagem verbal ou escrita, estão conservadas mas o pensamento perde a sua direcionalidade. À medida que o processo esquizofrénico avança, as ideias ainda tendem a associar-se pela similaridade, mas esta está mais ligada à verbalização do que à conotação, o laço associativo é um predicado de qualidade verbal, sendo duas ideias associadas porque possuem os mesmos símbolos fonéticos ou escritos. Com o aumento da ocorrência do pensamento paleológico há uma diminuição no número de associações por similaridade e surge uma tendência crescente para a identificação em vez da abstracção, sendo a associação por similaridade substituída pela identificação por similaridade; nesta fase persiste, no pensamento esquizofrénico, a capacidade

de associação feita apenas com base na semelhança a nível da verbalização e pela lei da contiguidade. Quando o processo esquizofrénico se torna ainda mais avançado as ideias deixam de ser associadas, quer por similaridade de verbalização quer por contiguidade, mas são paleologicamente identificadas. Por este mecanismo uma ideia pode ser substituída por outra que ocorra ou foi aprendida no mesmo tempo ou local, ou que pertença ao mesmo contexto.

Este tipo de perturbação que consiste na identificação e substituição de palavras ou frases é equivalente ao conceito de "distorção metonímica" de Cameron. Por outro lado, se num certo contexto cada elemento possui o mesmo valor de qualquer outro e pode ser substituído, o mesmo se verifica em relação a contextos diferentes e que possuam um elemento particular que possa servir como "elo identificador". Em vez de abstrair e formar duas classes diferentes o esquizofrénico, nesta fase de regressão paleológica pode, a nível da linguagem, fazer uma justaposição de elementos ou de significados (tal como na actividade onírica de acordo com Freud). Produz-se uma sobreposição de contextos e neste caso uma palavra que seja representativa dum contexto amplo pode ser utilizada para representar outro contexto do qual faz também parte. Este fenómeno é também semelhante ao descrito por Cameron como "pensamento assindético". Afirma Arieti que ao considerarmos estes fenómenos, não podemos ficar surpreendidos que a linguagem dos esquizofrénicos mais regredidos seja obscura e incompreensível. Fica explicada a perturbação designada por "salada verbal", pela tendência dos doentes para a identificação de segmentos ou de fragmentos do discurso verbal que geralmente só são associados em contextos mais extensos. A estereotipia verbal poderia também ser compreendida pelo mecanismo de identificação das partes de um conjunto umas com as outras e com o próprio todo, quando na progressão e amplificação desta tendência, a identificação se faz tão rapidamente que uma mesma palavra possa representar contextos cada vez mais alargados. Como consequência

deste facto, a linguagem do doente empobrece-se e fica reduzida a algumas palavras que possuem uma extensa variedade de significados.

A teoria elaborada por Arieti, estende-se muito para além da interpretação das perturbações na esquizofrenia. Embora faça intervir um princípio unitário gerador de um conjunto de alterações que vão desde o pensamento à linguagem, à percepção, ao isolamento social, tenta uma compreensão psicodinâmica de todo o processo esquizofrénico, de influência marcadamente psicanalítica e infere linhas de orientação terapêutica. A sua revisão sobre a esquizofrenia é talvez das mais extensas e coerentemente elaboradas da literatura actual relativa a este tema.

ALTERAÇÃO DE SISTEMAS DE COMUNICAÇÃO VERBAL NA ESQUIZOFRENIA EM SITUAÇÕES EXPERIMENTAIS

Embora se torne relativamente fácil a identificação e o reconhecimento do discurso verbal de um doente esquizofrénico, não é universalmente aceite o que o torna tão desviado da linguagem normal. Esta ignorância não surge por falta de hipóteses explicativas. Seria mesmo difícil resumi-las num curto comentário. Não só os dados experimentais são muitas vezes contraditórios, como é frequente encontrar na literatura críticas e refutações às teorias com tendências "globalizantes" dos dados de observação psicológica directa ou laboratorial. Mesmo que nos restringissemos às descrições clínicas das perturbações da linguagem na esquizofrenia, surgiriam problemas de delimitação deste conceito. Independentemente de uma extensa e complexa controvérsia sobre as relações entre as perturbações do pensamento e da linguagem, quer as encaremos de um ponto vista genético no homem normal, quer em relação aos seus mecanismos íntimos, quer considerando os seus aspectos puramente

comunicativos ou mesmo na elaboração do estar-no-mundo fenomenológico e existencial. Na própria psiquiatria clínica são manifestas as tentativas, muitas vezes mal conseguidas, de delimitar o domínio das perturbações da linguagem a um campo puramente formal e isolá-las das perturbações do pensamento, havendo autores que não fazem esta distinção. A concordância clínica sobre quais os sintomas que devem ser incluídos neste domínio está longe de ser generalizada. Descrições importantes e detalhadas das perturbações formais da linguagem e do pensamento na esquizofrenia devem-se a Carl Schneider (1930), numa obra pouco divulgada. Anteriormente, Kleist (1914) numa aproximação ao modelo neurológico tinha descrito as perturbações da linguagem nos esquizofrênicos com analogias com as dos doentes afásicos. É no entanto a E. Bleuler (1924) que se deve a introdução das hipóteses associacionistas para a interpretação das perturbações da linguagem na esquizofrenia, dando uma contribuição fundamental do ponto de vista teórico que vem até aos nossos dias. Esta mesma orientação é a seguida por Chapman (1956), que muito embora critique a teoria de Bleuler afirmando que este autor nunca definiu explicitamente o que entendia por "laço" ou "ligação" associativa, segue fundamentalmente os seus pressupostos no desenho das suas experiências e na elaboração da sua teoria do comportamento verbal dos esquizofrênicos.

Os aspectos psicolinguísticos da linguagem dos esquizofrênicos têm sido extensamente estudados, desde a perspectiva de estudo da "gramática" desviada na produção de enunciados, como nos trabalhos de Irigary (1967), até à definição tipológica de dimensões semânticas, subjacentes aos diferentes modos de atribuir sentido à realidade, caracterizadores de estruturas ou "estilos" de personalidade, sistema teórico desenvolvido por Libermam e Maldavsky (1975) numa integração dos princípios psicanalíticos com os da teoria da comunicação e antropologia cultural, não esquecendo os trabalhos de linha empírica relativos à aplicação dos métodos de análise linguística às

SISTEMAS INTERPESSOAIS

transcrições de discursos verbais.

Limitámos o nosso estudo, de acordo com os pressupostos iniciais aos modelos de análise das perturbações do processo de comunicação verbal na esquizofrenia, que possam ter reflexos a níveis inter-pessoais. Não faremos uma revisão bibliográfica exaustiva, pelo contrário, de um modo paradigmático escolhemos algumas teorias que nos pareceram mais importantes, quer pelo seu grau de generalidade quer pela possibilidade nelas contida de fazer inferências relativas ao efeito interpessoal das perturbações no plano comunicativo. Centram-se sobre dois aspectos fundamentais da interação a nível da linguagem: a compreensibilidade ou previsibilidade do discurso verbal dos outros (a pessoa esquizofrénica) e o seu grau de incoerência.

O DÉFICE DE COMUNICABILIDADE NA ESQUIZOFRENIA.

Com marcada influência da teoria associacionista, e podendo ser considerada como um dos seus prolongamentos mais recentes, situam-se as teorias que têm como subjacentes a hipótese de que as perturbações da linguagem na esquizofrenia, e em especial da sua capacidade de comunicação, têm origem num défice de organização do material verbal utilizado nessa comunicação.

As primeiras investigações, nessa perspectiva, consistiram numa descrição puramente empírica de algumas das características formais e do conteúdo da linguagem destes doentes (revisão de B.Maher, 1966). No entanto, este tipo de trabalhos não levaram à formulação de hipóteses explicativas de um possível défice esquizofrénico, subjacente aos dados empíricos, ou seja, às verbalizações, difíceis de compreender (ou de comunicar aos outros) que estes doentes produzem. Pelo contrário, teorias como as baseadas na hipótese da imediação de Salzinger e nas alterações da comunicação referencial de Cohen, são contribuições

para a construção de um modelo de déficit nos processos de comunicação, ou déficit de comunicabilidade, dos esquizofrênicos.

Salzinger, Portnoy e Feldman (1966) desenvolveram uma hipótese para explicar o comportamento dos esquizofrênicos designada por "hipótese da imediação". Pressupõem estes autores que o comportamento dos esquizofrênicos é primariamente controlado pelos estímulos do meio ambiente que são imediatos ou que lhe são próximos. Se existirem vários estímulos actuando simultaneamente sobre um doente esquizofrênico, o que controla o seu comportamento é o que está mais próximo dele no momento da resposta. Para estes autores (1978), esta teoria é, em relação a outras teorias por um lado, mais simples na medida em que é necessário apenas um processo para explicar o comportamento aberrante e por outro, mais geral porque diz respeito não apenas ao comportamento verbal mas a outras formas de comportamento, incluindo, por exemplo, o processamento de estímulos, as respostas motoras, respostas condicionadas. Existe ainda a possibilidade de a relacionar com a acção de certos psicofármacos e com os modelos bioquímicos nela implicados. Segundo Salzinger e col. uma relação entre as psicoses anfetamínicas e a hipótese da imediação poderá ser hipotetizada, dado que estas substâncias potenciam as respostas aos estímulos mais imediatos em relação aos mais remotos.

A hipótese de imediação tem ainda, implicações no que diz respeito às leis de aquisição e manutenção de comportamentos, na medida em que muitos dos estímulos discriminativos e reforços têm uma natureza imediata. Em relação aos esquizofrênicos, uma das consequências deduzidas desta hipótese, é que estes doentes teriam mais dificuldades no controle dos estímulos imediatos e pouco relevantes, ignorados pela maioria dos sujeitos, em relação aos quais a resposta seria inapropriada. A resposta a estímulos imediatos e pouco relevantes pode, segundo os mesmos autores, produzir as interpretações erróneas típicas dos doentes paranóides. Por outro lado, os estímulos imediatos que

acompanham a ocorrência de reforços primários ou secundários, podem transformar-se em reforços condicionados para o indivíduo esquizofrênico e assim influenciar o seu comportamento. Estas são algumas das questões gerais que têm sido formuladas pelos autores citados e que, embora não se relacionem directamente com as perturbações da linguagem, são reveladoras das tentativas generalizantes e explicativas que têm sido atribuídas a esta hipótese.

No que respeita ao estudo do comportamento verbal dos esquizofrênicos, utilizam, estes autores, métodos experimentais de avaliação quantitativa do grau da comunicabilidade, utilizando o método "close" (aproximativo) de Taylor. Neste conceito de comunicabilidade pressupõe-se que se dois interlocutores sabem claramente o que dizem um do outro, as palavras que podem ser omitidas, de vez em quando, não influenciam muito a comunicabilidade ou a previsibilidade que pode ser feita em relação às suas mensagens, o que já não sucede se as omissões forem mais extensas. Utilizam registos de monólogos fornecidos por doentes esquizofrênicos e por uma população de controle normal. Na transcrição das primeiras 200 palavras dos dois tipos de discurso verbal, foram apagadas cada uma das quintas palavras. Verificou-se que juízes normais eram menos capazes de adivinhar as palavras omitidas nas transcrições do monólogo das primeiras 100 palavras dos esquizofrênicos do que dos normais. O rendimento dos juízes piorava no segundo grupo de 100 palavras da transcrição do discurso esquizofrênico, enquanto que em relação ao discurso dos não esquizofrênicos o número de palavras não adivinhadas mantinha-se constante. Experimentações posteriores indicavam que sempre que a palavra omitida estava incluída num contexto que tinha apenas algumas palavras, por exemplo quatro palavras, os juízes adivinhavam mais palavras no discurso esquizofrênico do que no normal, mas quando o contexto aumentava, por exemplo para catorze palavras, a situação invertia-se e o discurso esquizofrênico era menos previsível do que o dos normais. Indica este

APÓS ESTUDO

facto que no discurso esquizofrénico havia uma forte inter-relação entre as palavras em curtas extensões, enquanto que no discurso normal estas relações surgem em extensões relativamente maiores. O facto do discurso verbal dos esquizofrénicos ser mais previsível (ou "advinhável") do que o dos normais em contextos mais curtos, sugere que as palavras mais próximas estão mais relacionadas umas com as outras do que as palavras mais remotas, ou seja, representam os estímulos imediatos que controlam as respostas (Salzinger, col., 1978). No caso do discurso dos sujeitos normais, continua a haver um número mais elevado de palavras correctas adivinhadas quando aumenta o contexto. Estes factos revelam, segundo Salzinger, que nos normais mesmo nas palavras mais afastadas de uma dada palavra continua a haver uma certa quantidade de informação relacionada, ao passo que os esquizofrénicos não respondem a estímulos remotos no tempo.

Utilizaram ainda estes autores dois textos, um dos quais as palavras designadas por "intromissões", ou seja, palavras que não se ajustam na frase, eram retiradas antes de omitir cada uma das quintas palavras, e deixadas num outro texto no qual as mesmas quintas palavras eram omitidas. Verifica-se que nesta situação não havia diferença no número de palavras adivinhadas entre os textos dos normais e dos esquizofrénicos. No entanto, se forem analisadas as omissões, precedidas ou seguidas por intromissões, em relação às omissões que não têm nenhuma intrusão adjacente, já havia uma importante diferença entre normais e esquizofrénicos. Nas passagens que tinham uma intrusão adjacente à omissão, a comunicabilidade reduzia-se duas vezes mais nos textos dos esquizofrénicos do que no dos normais. Este é mais um dado a favor de hipótese de que a palavra imediatamente adjacente a qualquer outra é uma palavra crítica para a compreensão do discurso esquizofrénico, mas apenas parcialmente significativa para a compreensão do discurso normal. Dito de outro modo, para que a linguagem esquizofrénica seja compreendida têm de estar presentes, numa curta extensão de discurso,

SISTEMAS INTERPESSOAIS

palavras relacionadas entre si; se numa dessas curtas extensões de texto as palavras não estiverem de modo nenhum relacionadas, é inevitável uma grande perda de comunicabilidade.

O modelo proposto por Salzinger e colaboradores é, em síntese, que os esquizofrênicos sofrem de um déficit geral que está para além da linguagem e que origina um funcionamento ineficaz na maior parte do seu comportamento. Na hipótese de imediação sugere-se que a nível verbal as dificuldades de comunicação são um produto secundário da tendência destes doentes para responder aos estímulos imediatos.

A influência da hipótese associacionista neste modelo é evidente, dado que a "imediação" ou a contiguidade é a condição para o estabelecimento de ligações associativas preferenciais entres as palavras dos doentes esquizofrênicos. No entanto, a teoria de Salzinger e col. não explicita por um lado, se existe algum tipo de hierarquia entre as associações, que poderíamos designar como "imediatas" e as "não imediatas ou remotas", e se há substituição de umas pelas outras, isto é, se existe uma "quebra" associativa no sentido de Bleuler. Para a teoria da imediação é postulada a existência de um controle dos estímulos imediatos sobre os sujeitos, enquanto que na Teoria de Bleuler o ênfase é colocado sobre a perda ou diminuição do controle do sujeito sobre a selecção das suas próprias associações, produzida pela perda dos laços associativos. Ambas as teorias poderiam ser entendidas no contexto dum modelo de controle (a teoria de Bleuler só o será parcialmente), mas enquanto que na teoria de Salzinger é o controle externo que impõe alterações na selecção do repertório das associações do sujeito, na teoria de Bleuler a falha dá-se no controle interno, isto é, no mecanismo que selecciona contextualmente as associações apropriadas.

O modelo proposto por Cohen, foi conceptualizado em termos de uma teoria dos "processos de comunicação" referencial e é derivado de uma situação experimental que serviu de paradigma para estudar

este tipo de comunicação. Esta situação experimental envolvia a apresentação a um interlocutor, de um conjunto específico de objectos estímulos, e a solicitação para que este forneça uma resposta verbal, que seja um "indício" (resposta referencial) para um auditor que lhe permita identificar o referente entre o conjunto de estímulos. Nos primeiros trabalhos de Rosenberg e Cohen (1964) eram utilizadas palavras como objectos referenciais e não referenciais. O desenho experimental desta primeira experiência, era o seguinte: a um interlocutor era fornecido um par de palavras, estando uma delas assinalada como sendo o referente de outra (por exemplo, comando (referente) - ordem). O sujeito era instruído a produzir uma terceira palavra que não fosse parecida, ou soasse, como as primeiras e que pudesse servir de pista para um auditor. A sua tarefa consistia em identificar o referente, de entre duas palavras colocadas diante de si, baseando-se nos indícios fornecidos pelo interlocutor. Este primeiro desenho experimental envolveu uma escolha homogênea de interlocutores e auditores, nos aspectos etários, culturais e geográficos, isto é, à comunidade linguística. Este tipo de teste difere das provas de associação livre de palavras. Na selecção que o interlocutor faz de uma resposta a partir do seu repertório de palavras associadas ao referente, toma em conta as forças associativas da palavra resposta, quer ao referente quer ao não referente. Se uma palavra é uma resposta associada forte, é pouco provável que seja seleccionada. Pelo contrário, uma resposta associada fraca ou pouco usual em relação ao referente pode ser utilizada sobretudo se a sua relação com o não referente fôr ainda mais ténue. O mesmo se passa em relação ao auditor. As respostas são função da força relativa de associação ao referente e ao não referente.

A partir destas observações, estes autores, testaram vários modelos dos processos de comunicação entre interlocutores e auditores, nos quais se incluiu uma variedade de estímulos não verbais, por exemplo, de tipo gráfico. Uma teoria dos processos de comuni-

cação referencial é então elaborada por Cohen e col.. Consideram neste modelo que a comunicação numa situação experimental é um processo que se desenvolve em dois estádios.

Para o interlocutor o primeiro estádio é um estádio de amostragem, durante o qual começa por escolher uma resposta do seu repertório de "unidades" linguísticas associadas com o referente. Estas unidades podem ser normas, descrições, significados, associações de palavras, etc., de acordo com as exigências de um certo conjunto particular de dados. Este estádio é basicamente associacionista. A probabilidade de seleccionar uma dada resposta é proporcional à força das suas associações com o referente. No entanto, depois de escolher uma resposta, esta não é necessariamente emitida pelo interlocutor, sendo a probabilidade da emissão dependente do segundo estádio, designado por estádio de comparação. Neste, o interlocutor implicitamente compara a força associativa da resposta que seleccionou, face aos objectos referentes e aos não referentes. Esta relativa força associativa determina a probabilidade condicional de que o interlocutor emite (ou rejeite) a resposta seleccionada. Quanto mais forte fôr a associação com o referente em relação ao não referente, mais elevada será a probabilidade de emissão da resposta seleccionada com a finalidade de comunicar ao auditor um indício ou pista sobre o referente. A resposta seleccionada será rejeitada com maior probabilidade se a sua força associativa com o não referente fôr igual ou maior à força associativa com o referente. Neste caso repete-se a totalidade do ciclo de dois estádios. O processo referencial do interlocutor termina, quando este exprime a resposta e ultrapassa o estádio de comparação.

O auditor comporta-se de um modo essencialmente semelhante ao do interlocutor no estádio de comparação. A probabilidade do referente para o auditor é também determinada pela força associativa da resposta que lhe é fornecida pelo interlocutor, relativamente aos objectos referenciais. Isto é, o auditor não faz

uma selecção e amostragem de respostas, mas compara a que lhe é fornecida como pista pelo interlocutor com os dois estímulos, e escolhe a associação mais forte. Segundo Cohen, esta correspondência entre os papéis dos sujeitos no processo de comunicação é instrutiva, porque faz realçar o facto do estadio de comparação do interlocutor ter uma função de auto-selecção através da qual implicitamente, assume o papel de auditor (interno) e testa previamente a comunicabilidade (grau de compreensibilidade) das suas afirmações antes de as exprimir (ou rejeitar) na comunicação interpessoal. Embora este modelo tenha sido operacionalmente definido em termos de uma tarefa específica, é segundo os seus autores aplicável de um modo mais extenso à comunicação em geral.

Nos trabalhos de Cohen e Camhi (1967) feitos com amostras de doentes esquizofrénicos hospitalizados em comparação com sujeitos normais, que aleatoriamente ocupavam, ora o papel de interlocutores ora de auditores; conclui-se que a eficiência dos esquizofrénicos na comunicação referencial, era inferior à dos normais quando faziam o papel de interlocutores, mas semelhante quando faziam o papel de auditores. Estes autores interpretam este facto como reflectindo nos esquizofrénicos um défice de integração do estadio de comparação com o da amostragem, combinados no processo de comunicação de dois estadios. Argumentam que o facto mencionado não pode ser interpretado como correspondendo a um défice apenas do estadio de amostragem ou apenas no de selecção. Se assim fosse, os doentes esquizofrénicos falhariam também no papel de auditores, cujas probabilidades de escolha são determinadas pelas mesmas forças associativas do interlocutor ou emissor. Consideram, do mesmo modo, que não é aceitável a interpretação alternativa de que o défice esquizofrénico estaria localizado apenas no estadio de comparação, uma vez que este está intacto quando estes doentes assumem o papel de auditores. Por exclusão, o défice esquizofrénico só poderá situar-se na integração dos dois estadios de amostragem e de comparação. Cohen e col. não especificam,

no entanto, o que está envolvido nesta integração. Num estudo posterior Machmani e Cohen (1969) avaliam algumas hipóteses derivadas do modelo de comunicação, utilizando diferentes tarefas experimentais e comparando amostras de esquizofrênicos com sujeitos não esquizofrênicos, relativamente à memória de palavras, com a utilização de um teste de reconhecimento e de recordações. A analogia pressuposta entre este tipo de tarefas e os papéis do interlocutor e do auditor na comunicação referencial era baseada na teoria de Rosenberg e Cohen (1966). Na recordação está envolvido um processo de dois estádios, de amostragem e de comparação, semelhante aos definidos no modelo do interlocutor, enquanto que o reconhecimento envolve um modelo de um estádio, de comparação, semelhante ao do auditor. Os resultados obtidos revelaram que os esquizofrênicos tinham resultados inferiores em relação ao grupo de controle de doentes psiquiátricos não psicóticos nos testes de recordação (dois estádios) mas não nos de reconhecimento (um estádio). A hipótese de que o défice esquizofrênico esteja na auto-selecção ou no estádio de comparação foi então apoiada por estes resultados. Posteriormente, uma experiência utilizando uma tarefa de associação de palavras como analogia com o papel de interlocutor, foi feita por Lisman e Cohen (1972) com amostras de normais e esquizofrênicos e veio trazer novos dados em apoio à evidência de que os esquizofrênicos quando interlocutores têm um défice no estádio de auto-selecção. Aos esquizofrênicos e aos normais eram administrados testes de associação de palavras em condições livres e em condições controladas (idiossincráticas). Nesta última situação os sujeitos eram instruídos a responder com a palavra associada, que imaginavam que outras pessoas não responderiam como associação à palavra estímulo. Verificaram, que em condições normais, de livre associação, os esquizofrênicos faziam mais associações comuns do que os normais e que esta proporção invertia-se nas situações "idiossincráticas" em que eram mais numerosas as associações comuns fornecidas pelos esquizofrênicos. Este facto foi inter-

pretado como revelando a incapacidade dos doentes para inibir associações inapropriadas em relação à tarefa e vem a favor da hipótese do défice de "auto-selecção", confirmando as previsões do modelo. Comparando os efeitos de palavras estímulos com associadas dominantes fortes (populares), em contraste com palavras com associadas populares relativamente fracas, verifica-se que a incapacidade dos esquizofrénicos, após instruções idiossincráticas, para eliminarem associações comuns, era muito mais pronunciada no primeiro caso do que no segundo, possivelmente por aumento da força das associações comuns a estes estímulos. Este facto, poderia ser tanto uma previsão do modelo de Chapman como do de Cohen.

O modelo referencial inicialmente desenvolvido por Cohen, não parecia adequado em relação ao conjunto de dados experimentais, posteriormente obtidos. Foram considerados outros modelos do disfuncionamento na "auto-selecção" e o que se revelou mais adequado com os dados experimentais foi o modelo "conservativo-encadeado". De acordo com este modelo, embora o interlocutor seleccione a resposta inadequada dum repertório não desviado, e a sua actividade de "selecção" (no estadio de comparação) seja normal, continuamente torna a seleccionar a mesma resposta mesmo depois de a rejeitar. A resposta é emitida dada a natureza probabilística do estadio de comparação. No presente contexto, este fenómeno é análogo à incapacidade do auditor para diferenciar uma resposta seleccionada de uma rejeitada. No processo em cadeia o sujeito (1) selecciona cada nova resposta a partir de um repertório de verbalizações mais associadas com as respostas imediatas anteriores do que o referente; (2) exprime abertamente as respostas seleccionadas mas rejeitadas; e (3) continua a seleccionar e a rejeitar desta forma clara, até que a resposta ultrapasse o estadio probabilístico de auto-selecção e o doente pára de falar. Este modelo conservativo é consistente com a hipótese da "imedição" de Salzinger que descrevemos anteriormente.

Os dados que estiveram na base da construção

deste modelo foram obtidos em doentes esquizofrénicos não paranóides, numa fase inicial da doença e no momento do primeiro internamento. Segundo Cohen e col. (1974) é possível que ocorram modificações na função referencial, à medida que a doença se torna crónica. O esquizofrénico, nesta fase da doença, ainda teria necessidade de comunicar e tentaria fazê-lo de um modo eficaz revelando as tendências "conservadoras" e de "encadeamento" das respostas. Com a evolução da doença para a cronicidade, em estadios posteriores, a comunicação referencial do doente sofre modificações e passa a ter uma tendência maior para exprimir a resposta inapropriada que foi seleccionada, sem nenhuma tentativa de comparação e de auto-selecção. É como se tivesse aprendido a antecipar-se ao carácter inútil das suas tentativas de rejeitar a resposta. Nesta fase crónica, a comunicação referencial dos esquizofrénicos pode ser explicada por outra hipótese designada por Cohen e col. "modelo interlocutor impulsivo". Segundo este modelo os doentes seleccionam as respostas a partir dum repertório não desviado e emitem-nas sem passar pelo estadio de comparação ou de auto-selecção. O processo de comunicação referencial fica truncado a único estadio (amostragem), o que implica que os objectos ou palavras não referentes deixam de impôr limitações contextuais, para a sua diferenciação relativamente aos referentes. Este facto significa que as respostas do sujeito estão livres do contexto.

As previsões desta hipótese de redução da comunicação a um estadio, numa situação experimental em que se solicitava ao sujeito que descrevesse uma sucessão de estímulos coloridos cada vez mais semelhantes em relação a uma cor que servia de referência, era de que nos sujeitos normais haveria um aumento progressivo no comprimento das frases e no tempo de duração das respostas, à medida que decorria a exposição aos estímulos. Os sujeitos normais sentiriam uma necessidade cada vez maior de utilizar formas elaboradas, com a finalidade de melhorarem o rigor da sua comunicação. Pelo

contrário, os esquizofrénicos não utilizando o processo de dois estadios e deixando de ser influenciados pela "auto-selecção", não aumentariam nem o comprimento das frases, nem o tempo das respostas que são induzidas pela semelhança progressiva dos estímulos.

Este tipo de implicações ou de hipóteses derivadas do modelo impulsivo, não se confirmaram experimentalmente na amostra de doentes agudos (Cohen e col., 1974), mas foram verificadas em doentes esquizofrénicos crónicos com longos períodos de hospitalização (Kantorowitz e Cohen, 1977).

Na mesma situação experimental, verificou-se ainda, que havia diferenças estatisticamente significativas entre uma amostra de esquizofrénicos paranóides, quando comparada com os esquizofrénicos não paranóides, tendo o primeiro grupo revelado um menor comprimento nas frases ou nas respostas. Cohen não fez muitas inferências destes resultados. Interpreta estas diferenças, entre esquizofrénicos paranóides versus não paranóides em termos de "diferenças de estilo", a ausência de precisão dos esquizofrénicos paranóides seria consistente com o seu padrão geral de desconfiança e de comportamento autodefensivo, enquanto que a verbosidade dos esquizofrénicos não paranóides estaria em relação com o seu estilo superficial e com um contacto apenas aparente com o auditor.

Nestes estudos de descrição de cores e em relação à diferença entre doentes esquizofrénicos agudos e crónicos afirma Cohen "não se pode fazer fortes inferências porque os doentes diferem de muitos outros modos para além do tempo de hospitalização". No entanto, coloca a hipótese de que a cronicidade na esquizofrenia se estabelece à medida que o doente se submete cada vez mais à "pressão" dos estímulos referenciais, em vez de continuar com o esforço de seleccionar ou de produzir respostas seleccionadas mas que são inapropriadas. "À medida que o processo se desenvolve, os indícios contextuais tornam-se cada vez menos eficazes como determinantes do pensamento e do discurso verbal" (Cohen, 1978). Este facto estaria, de

acordo com este autor, em relação com a origem da aprendizagem de evitamento que estes doentes fazem nas situações de relação interpessoal sobretudo as que envolvem circunstâncias novas ou ambíguas.

A natureza das teorias de Salzinger e de Cohen é basicamente associacionista. Na hipótese de imediação de Salzinger a produção de uma fase é feita por associações sucessivas entre as palavras que vão sendo produzidas e as que têm com elas relações temporais e espaciais imediatas. No modelo de Cohen, na fase de amostragem, a selecção de uma certa resposta está dependente da sua força associativa ao referente.

Uma das críticas que têm sido formuladas a este tipo de teorias associacionistas, é por exemplo a de Schwartz (1978), baseada nos dados da linguística Chomskiana, segundo os quais a ordem das palavras numa frase "não pode ser derivada do conhecimento das várias forças associativas que existem entre as palavras que a constituem" (Miller e Chomsky, 1963). Mesmo que se introduzissem modelos matemáticos sequenciais e probabilísticos de natureza finita, como é o caso do modelo de Markov, para formalizar a hipótese associacionista de produção da linguagem, seria necessário postular um número extremamente elevado de possibilidades de aprendizagem para que alguém pudesse aprender a falar a sua língua natural. Efectivamente, as possíveis sequências de transição entre palavras, para formar uma frase, atingem valores probabilísticos praticamente infinitos. Por outro lado, é ainda criticável e discutível, a utilização da palavra como unidade mínima e suficiente da linguagem. Nos modelos linguísticos considera-se, em geral, que a emissão de uma palavra, o seu significado e papel sintático só podem ser compreendidos no contexto da frase cujo significado não deriva da soma dos significados das palavras que a constituem.

Um outro tipo de afirmações que têm sido utilizadas para criticar as teorias associacionistas são de natureza "neurofisiológica". Podemos citar por

exemplo, o argumento utilizado por Bever (1968) que afirma existir suficiente evidência experimental de que, ao nível do Sistema Nervoso Central, grupos de palavras aleatórias são processadas diferentemente das frases e possivelmente não o serão pelo mesmo hemisfério. Um outro tipo de argumentos diz respeito ao facto de que o tempo que seria necessário para a transmissão dos sinais verbais do sistema auditivo ao córtex, necessário para o processo de compreensão da linguagem, é muito superior ao tempo de produção e compreensão observável, a nível das produções verbais dum sujeito (Lashley, 1951 e Lennerberg, 1967). Este argumento poderia aplicar-se, por exemplo, ao tempo de resposta nas provas verbais elaboradas no contexto da teoria de Chapman.

Brendan Maher (1972) na revisão que faz das propriedades associativas da linguagem esquizofrénica levanta a hipótese empírica de que estes doentes possam fazer uma confusão entre o uso literal e figurativo das palavras, com duplo significado. Assim, a palavra Negro tem um significado literal (cor) e um significado figurativo (triste, lúgubre, etc.). É provável que o significado literal seja dominante em relação ao figurativo, dado que este último representaria uma extensão do significado de outra categoria de fenómenos, o que provocaria nos esquizofrénicos, a confusão literal-figurativo e o uso inapropriado das palavras com duplo significado. Estes dados podem ser interpretados à luz da teoria de Chapman, de acordo com a qual esta confusão seria um reflexo da intromissão inapropriada de palavras com significados dominantes.

Poder-se-ia ainda interpretar a dificuldade que os esquizofrénicos têm em distinguir os significados concretos e abstractos das palavras que têm duplo significado poderia ser interpretada como correspondendo a uma perda da atitude abstracta, de acordo com a teoria de Goldstein e Scheerer (1941). No entanto, Benjamin e Watt (1968) fazem um estudo em que são analisados, comparativamente, dois tipos de confusão: concreto-abstracto e significado dominante -

fraco (no sentido de Chapman) cujas conclusões tendem a apoiar a hipótese de que é a força do significado, e não a concretização, que influencia o doente na sua resposta às palavras. De acordo com B. Maher os trabalhos baseados unicamente na teoria associacionista, no seu conjunto, não são suficientemente explicativos das perturbações da linguagem na esquizofrenia e da capacidade de comunicação com os outros.

Existem outras hipóteses explicativas que relacionam as perturbações da linguagem, na perspectiva associacionista, com outros tipos de perturbação que se manifestam na esquizofrenia, nomeadamente da atenção, percepção, actividade motora, etc.. Para os defensores desta hipótese, é preferível explicar os sintomas de perturbação da linguagem como sendo aspectos parcelares de um processo patológico unitário que estaria na origem do conjunto dos sintomas da esquizofrenia. Deveriam ser evitadas as explicações ou hipóteses que pressupõem a existência de um processo patológico especial no caso da linguagem (esquifré-nica) que seja diferente do utilizado para explicar outras perturbações do comportamento destes doentes, incluindo as perturbações do pensamento. Pertencem a este tipo de teorização as hipóteses que sugerem que as perturbações da linguagem, observadas em alguns esquifré-nicos, podem ser compreendidas em termos da sua incapacidade de manter a atenção focal ou selectiva, isto é, que o défice central das perturbações da esquizofrenia seria um défice de filtragem nos processos de "input" (Venables, 1964; B. Maher, 1972; McGhie, 1977; Neale e Cromwell, 1977; etc.). Em outras teorias colocam-se hipóteses unitárias explicativas das perturbações cognitivas e da linguagem na esquizofrenia, em termos de défices no processamento da informação (Broadbent, 1958; Hemsley, 1975; Rochester, 1978; etc.) ou ainda por fenómenos de interferência na produção das respostas (Broen e col, entre outros).

Seria difícil reunir num único capítulo todos os trabalhos experimentais que estudam a linguagem na esquizofrenia com abandono das teses associacionistas.

Há uma grande dispersão na literatura psicológica e muitos dos resultados carecem de validação e constituem uma extensão à psicologia dos domínios da teoria da "resolução de problemas", dos modelos de simulação e controle, dos modelos linguísticos, etc.. Iremos considerar como paradigma dos modelos não associacionistas as aplicações de algumas teorias linguísticas à interpretação das perturbações da linguagem na esquizofrenia com implicações a nível da capacidade de comunicação social ou interpessoal.

ANÁLISE PSICOLINGUÍSTICA DA INCOERÊNCIA NA ESQUIZOFRENIA

A aplicação das regras da análise linguística aos protocolos de transcrição do discurso verbal dos esquizofrénicos tem sido feita por muitos autores, não havendo actualmente um consenso sobre a avaliação e interpretação dos resultados. Podemos constatar que existem hipóteses perfeitamente contraditórias. Numa das posições extremas situa-se, por exemplo, o trabalho de Roger Brown (1973) que, utilizando como metodologia, entrevistas com esquizofrénicos, afirma que existe tanta diversidade entre os esquizofrénicos como entre os normais, por um lado, e por outro qualquer pessoa pode ter pensamentos que não exprima e que poderia ser qualificados como esquizofrénicos. Na revisão que Brown faz dum conjunto de trabalhos experimentais, tira a conclusão de que é o conteúdo ou o significado alterado das afirmações verbais e escritas do doente, que levam um observador a ter impressão de que são dum "esquizofrénico". As regras métricas e gramaticais teriam para este autor pouca ou nenhuma importância para esta conclusão. Esta hipótese psicolinguística é parcialmente retomada e discutida por Rochester (1978) em relação aos esquizofrénicos agudos. Afirma como hipótese que o "interlocutor-auditor" esquizofrénico agudo faz usualmente uma utilização adequada da linguagem:

a) como auditor o esquizofrénico usa a sintaxe como base para processar a informação tal como fazem os auditores normais;

b) como interlocutor, o esquizofrénico constroi orações sintaticamente adequadas e usa um léxico que é geralmente familiar aos que utilizam a mesma linguagem natural. Na discussão que Rochester faz desta hipótese demonstra que, enquanto auditores, embora os esquizofrénicos tenham tendência a ser menos precisos do que os normais na recordação de frases, a sua execução inferior não é devida a uma incapacidade de usar a "organização inerente da linguagem" (Lawson, Macghie e Chapman, 1964). Por outro lado, no que se refere às capacidades linguísticas dos esquizofrénicos como interlocutores, Rochester menciona dois pontos de vista: o que se baseia no argumento que "sejam quais forem as aberrações da linguagem observadas na esquizofrenia, podem também ser observadas no discurso normal". Este argumento é defendido por Fromkin (1975) que afirma que o uso da rima e de outras formas de jogo de palavras fazem parte do uso criativo normal da linguagem. Num segundo ponto de vista defende a hipótese que os acontecimentos essenciais do discurso normal também ocorram no discurso dos esquizofrénicos. No entanto, afirma Rochester que esta hipótese é difícil de demonstrar dada que não se verificaram diferenças entre o discurso dos normais e dos esquizofrénicos, em relação a uma dada variável linguística, donde se podia concluir que os grupos são semelhantes em relação a essa variável. Como consequência, há uma tendência para a descrição apenas das variáveis que são discriminativas entre estes dois grupos e o discurso dos esquizofrénicos é então mencionado como essencialmente diferente do dos normais. Rochester e col. (1977) defendem que a análise psicolinguística do discurso dos normais e esquizofrénicos mostra exactamente o contrário, isto é, que os esquizofrénicos utilizam exactamente os mesmos procedimentos que os normais no discurso verbal.

Dado que é controversa a demonstração deste facto mencionado apenas em termos das diferenças

entre os dois tipos de verbalização normal e esquizofrénica, estes investigadores utilizaram o método de estudar as semelhanças em termos do efeito que produzem sobre juízes normais a quem se solicita uma apreciação do discurso. Era solicitado a um conjunto de juízes que assinalassem as orações que pareciam quebrar o fluxo do discurso verbal numa certa passagem de protocolos de registo de entrevistas, não estruturadas, com esquizofrénicos agudos e sujeitos normais. Os resultados mostraram que metade dos discursos verbais dos esquizofrénicos eram indistinguíveis dos normais. Este grupo de doentes correspondia, precisamente, aos sujeitos que não tinham sinais evidentes de perturbações do pensamento, avaliadas clinicamente. Por outro lado, mesmo o discurso verbal dos esquizofrénicos com perturbações do pensamento era compreendido pelos juízes, a maior parte (80%) destes doentes tinham menos de 16% de orações disruptivas e nenhum tinha mais de 30%.

Segundo Rochester e col. os dados que mencionámos sobre a "audição" dos discursos de esquizofrénicos, assim como estes últimos resultados experimentais sobre a "locução" dos esquizofrénicos, vêm apoiar a hipótese de que estes doentes são capazes, quer de produzir quer de compreender, a maior parte da linguagem normal. No entanto, Rochester e col. não afirmam que a totalidade da linguagem esquizofrénica é adequada. Em relação aos segmentos do seu discurso que não são claramente compreensíveis, colocam a hipótese geral de que este facto seja devido a uma incapacidade que revelam os esquizofrénicos (agudos) em tomar em linha de conta as necessidades imediatas do auditor.

Duas hipóteses derivam desta pressuposição geral: (1) que este facto diferencia os esquizofrénicos dos normais, (2) que este facto se verifica nos esquizofrénicos que têm perturbações do pensamento em oposição aos que não têm sinais clínicos destas perturbações.

A partir da análise dos discursos verbais dos esquizofrénicos agudos, concluem estes autores que

estes doentes fornecem, ao auditor ou leitor, pistas deficientes sobre a localização dos referentes nas frases que contêm substantivos. Destas frases substantivadas (com substantivos definidos) usadas pelos normais, 60 a 80% requerem referentes para poderem ser compreendidas. A partir de amostras do discurso de normais e esquizofrênicos as frases substantivadas foram classificadas em relação à localização dos referentes. As categorias determinadas por este método foram: referentes explícitos verbais e situacionais; referentes implícitos e referentes pouco claros, nos quais se incluem os referentes ambíguos.

Rochester e col. verificaram que os referentes pouco claros não eram praticamente utilizados pelos interlocutores normais e eram frequentemente utilizados pelos esquizofrênicos com perturbações do pensamento, e num grau intermédio pelos que não tinham estas perturbações. Este resultado é afirmado como sendo sugestivo de uma falha que têm estes doentes para fornecer referentes claros nas frases substantivadas para cuja compreensão eram requeridos. Esta falha põe um profundo problema para o auditor na medida em que é induzido para a busca duma informação que não existe. Para além deste facto, verificaram estes autores que havia também no discurso dos esquizofrênicos um menor número de conjunções léxicas e que a vivência de incoerência, sentida pelos juízes que apreciavam os textos, estava estatisticamente correlacionada com as "perturbações do pensamento" introduzidas na análise como variável independente.

Hoffman e col. (1982), embora estando de acordo com a metodologia utilizada e as hipóteses de Rochester da relação entre as "perturbações do pensamento" e a incoerência verbal, discordam da sua posição sobre as causas da coerência textual. A perspectiva de Hoffman é a de que a coerência textual não é uma função de palavras particulares que pertencem ao texto mas que de preferência, está apoiada nas relações deriváveis entre as várias declarações que o compõem. Para este autor a coerência refere-se à possibilidade que tem o auditor

de fazer uma síntese interpretativa, na qual relaciona os elementos constituintes do texto. Quando um auditor (ou leitor) tem uma vivência de incoerência, isso significaria que as tentativas de síntese são falhadas e incompletas. Para a síntese interpretativa é necessário que se possam estabelecer ligações entre afirmações ou declarações adjacentes. Estas ligações podem ser medidas por uma informação que está contida em uma ou mais frases do texto, que podem estar distantes espacialmente da frase que se pretende interpretar. Por outro lado, segundo estes autores, o processo construtivo da leitura (ou audição) não deriva apenas do texto manifesto mas também de uma multiplicidade de fontes paralinguísticas, desde o conhecimento prévio do contexto da interpretação entre o interlocutor/auditor, a gestualidade do sujeito que fala, etc.. Nesta perspectiva, a vivência de coerência estaria menos dependente do uso de conjunções ou da menção explícita dos referentes das frases conjuntivadas, do que da possibilidade que tem o leitor ou auditor de estabelecer uma relação significativa entre os elementos do texto. Hoffman e col. propõem-se analisar os diferentes tipos de qualidades de ligações entre as declarações num texto, de modo a estudar os vários modos de disrupção que podem surgir no decurso das tentativas dum auditor (ou leitor) para o sintetizar num todo interpretável.

Elaboram uma teoria da coerência textual baseada na análise do discurso de J. Deese (1978, 1980) segundo o qual a compreensão comum dum texto com múltiplas frases requiere um processo em duas fases: (1) as frases manifestas são partidas em conjuntos mais simples de proposições abstractas; (2) este conjunto "proposicional" é organizado numa espécie de "geometria mental" baseada nas "relações de dependência", isto é, nas ligações entre as proposições (módulos) que derivam da interpretação particular que é dada ao texto. Para Deese no processamento do discurso, a vivência de coerência requiere a produção de geometrias proposicionais conformes com uma forte hierarquia. Deste modo a

coerência/incoerência estaria relacionada com um conjunto de proposições abstractas expressas através do texto.

Hoffman faz uma definição rigorosa das condições formais dum texto que permitem classificá-lo como contendo uma "hierarquia forte" (coerente) ou pelo contrário uma "hierarquia não forte" (incoerente). Estes pressupostos consistem num conjunto de características formais das frases de um texto consideradas na sua sequência. As condições que permitem classificá-lo como possuindo uma hierarquia não forte são: (1) existência duma expressão simples que tem uma duplicidade interpretativa; (isto é, uma expressão que pode ser ligada a mais do que uma frase modal); (2) frases que estão apenas ligadas por relação bidireccionais, isto é, nas quais o sentido de uma frase informa sobre o sentido de outra e vice-versa, sem que se estabeleça nenhuma relação de hierarquia entre elas e sem que estejam inseridas num contexto que dê um sentido à sua ligação; (3) coexistência de frases sem qualquer relação aparente entre si; (4) cadeias de frases que não estão ligadas por relações de transitividade (reciprocidade) isto é, de um ponto de vista pragmático a verdade das primeiras frases não pressupõe a compreensão das segundas e estas não estão estruturalmente ligadas às primeiras (dependência não transitiva entre cadeias de frases); (5) diferentes conjuntos de frases ligadas em cadeia impõem diferentes leituras (no sentido pragmático) duma certa frase alvo, quando esta é interpretada no contexto, isto é, quando o segmento do texto, no seu conjunto, confere a uma certa frase particular duas leituras distintas (designada com "ramificação ascendente" das frases).

Estes critérios de determinação das estruturas hierárquicas do discurso foram aplicadas a passagens de entrevistas seleccionadas ao acaso, de uma amostra mista de doentes psiquiátricos. Tal como era previsível, a partir do modelo, o discurso com uma hierarquia não forte era um "marcador" muito rigoroso da esquizofrenia.

Num outro estudo interessante Hoffman e col. analisaram a função discriminante de um conjunto de médicos, relativamente ao diagnóstico clínico da esquizofrenia e verificaram que havia uma correlação elevada entre os médicos que classificavam as passagens dos textos correctamente, como sendo de doentes esquizofrénicos e as suas capacidades de discriminação diagnóstica do ponto de vista puramente clínico.

Estes factos foram também analisados nas diferenças entre o auditor ou o leitor. Se o modelo for analisado do ponto de vista do esquizofrénico pode assumir-se que as estruturas com uma hierarquia forte e com hierarquia não forte têm uma representação, quer na mente do esquizofrénico quer na do clínico que tenta avaliar o seu significado. Isto equivaleria a afirmar que o interlocutor tem, tal como o auditor, uma representação mental das propriedades estruturais das proposições abstractas expressas no seu discurso, em termos de uma hierarquia forte ou não forte. Pode considerar-se que, em geral, uma representação hierárquica forte está subjacente à produção das afirmações coerentes do interlocutor médio. No caso do esquizofrénico ou se considera que ele translada as suas bases estruturais de forte hierarquia em textos que não permitem uma interpretação nesses termos (hipótese 1), ou então que as suas representações possuem em si mesmas uma estrutura hierárquica não forte (hipótese 2).

A primeira hipótese é sugerida por Chaika (1974) que afirma que as irregularidades que caracterizam, de um modo específico, as declarações dos esquizofrénicos são produzidas por uma má aplicação de certas regras linguísticas à formação das palavras e das frases. Deste modo as anomalias do discurso esquizofrénico poderiam ser corrigidas por alterações introduzidas no texto de forma a transformá-lo num texto coerente, ou seja, analisável em termos de uma estrutura com forte hierarquia.

Esta hipótese tenta ser demonstrada por Chaika pela introdução num texto de um esquizofrénico incoerente para um leitor, de frases que estabelecem

ligação ou significado entre conjuntos de frases. O texto depois de alterado por este procedimento, passa a poder ser lido de um modo coerente. No entanto, Hoffman demonstra que se a estrutura hierárquica forte estivesse obscurecida pela falta de clareza de certas frases substantivadas referenciais (no sentido de Rochester, 1977), a introdução da informação adicional, que especifica completamente as referências consistentes com o texto conduziria à melhoria da sua coerência. No entanto, verifica Hoffman que em textos incoerentes transformados por este procedimento não se produz um aumento de coerência na perspectiva do auditor ou leitor. Afirma ainda, em oposição aos argumentos de Chaika, que a grande maioria das irregularidades dos textos, que fazem parte dos seus dados experimentais, não melhoram pela introdução de frases adicionais, a não ser que sejam frases "modificadoras de estrutura". Estas últimas são locuções que quando introduzidas num texto reduzem a sua incoerência quando esta é produzida por uma estrutura desviada (do tipo descrito como "ramificação ascendente").

Hoffman e col. verificaram no entanto, que a possibilidade de aplicação deste critério de identificação de frases "modificadoras da estrutura", conduz à verificação não só que surgem com uma baixa frequência na amostra global, como que estão igualmente distribuídas nos textos do grupo de diagnóstico esquizofrénico e não esquizofrénico. A partir destas constatações concluem estes autores que é de pôr em causa a afirmação de Rochester que a grande dificuldade dos interlocutores esquizofrénicos reside no facto de que não sendo capazes de "tomar em conta o ponto de vista do auditor", não fornecem informações adequadas para que as suas intenções linguísticas possam ser interpretadas.

Esta hipótese foi utilizada também por Reilly e col. (1975) para o estudo clínico de algumas características formais das perturbações da linguagem e do pensamento dos esquizofrénicos, incluída na variável clínica designada como "lacuna na

comunicação". A hipótese de Chaika (1974) e de outros, de que são certas irregularidades específicas na produção do discurso esquizofrênico, (tais como certas regras gramaticais) que dão ao auditor que avalia esse discurso a impressão de que existe uma "perturbação do pensamento". De acordo com Hoffman não há por conseguinte evidência suficiente para aceitar a hipótese de que o esquizofrênico, possuindo bases estruturais com forte hierarquia (isto é, coerente) as translada e modifica em textos que não permitem uma interpretação nesses mesmos termos por se terem tornado incoerentes, ou terem passado a possuir uma estrutura hierárquica não forte.

A defesa deste argumento é feita, em síntese, pela demonstração da impossibilidade de realizar a marcha inversa, isto é, pela aplicação de certas regras transformar um texto incoerente em coerente, modificando-lhe a estrutura. Será por este motivo de tomar em consideração a segunda hipótese que referimos, isto é, de que as representações com hierarquia não forte estão frequentemente presentes na mente quer do esquizofrênico quer do clínico que tenta organizar o seu significado.

Para explicar esta hipótese são sugeridos dois modelos de processamento da informação. No primeiro postula-se que o esquizofrênico inicia a sua produção verbal tendo em mente uma estrutura com forte hierarquia, mas que no decurso do diálogo o seu "quadro de referência" contextual se perde parcial e totalmente, de tal modo que as últimas partes de produção verbal já não pertencem ao conjunto original de pressuposições, modelo que teria relação com o facto comprovado por Cohen, Nachmani e Rosenberg (1974) de que os esquizofrênicos têm frequentemente dificuldades no decurso das tarefas verbais em permanecer no mesmo tópico ou tema e com a tese de Vigotsky (1934), segundo o qual os esquizofrênicos têm uma incapacidade de manter e elaborar um único quadro de referência conceptual.

Um segundo modelo poderia consistir na admissão de que o desvio no interior do texto poderia ser

concebido como uma quebra na produção do discurso, por meio do qual a certos pensamentos é permitida uma representação linguística, mesmo que eles violem uma base estável de hierarquia forte. Esta explicação ou interpretações análogas foram sugeridas por outros autores. Relacionam-se com os conceitos do "pensamento intrusivo", por exemplo, de Rattan e Chapman (1973) e de "falhas na auto-selecção" de Smith (1970) e de Davies e Blaney (1976). É de assinalar, que este conceito de "intrusão" não está relacionado com o conceito de "intrusão de pensamentos" no decurso do fluxo de consciência, mas com a tradução numa forma linguística coerente de certos pensamentos "escondidos" na mente.

Finalmente Hoffman e col. põem a hipótese de que os dois modelos possam corresponder a duas faces do mesmo fenómeno: uma base de estrutura hierárquica forte, mal controlada, poderia permitir a manifestação de afirmações que têm com ela uma fraca ligação, inversamente a intrusão de certas afirmações que podem ser incorporadas num texto estável, através de ligações estruturais fortes podem destabilizar e romper a base original da representação.

De um modo geral a partir das análises psicolinguísticas não tem sido possível obter uma caracterização da linguagem esquizofrénica que seja específica deste grupo de doenças.

Em relação aos normais, tem sido sistematicamente defendida e demonstrada a hipótese de que, do ponto de vista linguístico, o seu discurso verbal não se diferencia substancialmente do dos esquizofrénicos. Do mesmo modo, não tem sido possível diferenciar na essência, a verbalização dos esquizofrénicos da de outros grupos de diagnóstico não esquizofrénico, sobretudo dos maníacos não só com modelos psicolinguísticos mas também com avaliações clínicas empíricas mais rigorosas. Assim, do ponto de vista das perturbações do pensamento associadas às da linguagem, certos autores como Lanzito, Cadoret e Pugh (1974) sugerem que na depressão há evidência de perturbações do pensamento semelhantes às da

esquizofrenia. Este facto é, no entanto, parcialmente contestado por N.Andreasen (1979) que afirma não ocorrerem frequentemente na depressão as perturbações do pensamento da esquizofrenia que são consideradas tradicionais. Embora alguns doentes desta categoria diagnóstica (depressão) revelam a existência de "tangencialidade" e "descarrilhamento" nenhum depressivo da amostra que estuda revelou "incoerência" ou "illogicismo" nas suas manifestações verbais. Pelo contrário, na comparação entre a esquizofrenia e a mania, já verificou Andreasen que alguns desvios da linguagem surgem com igual frequência nos dois grupos nosológicos.

Verifica Andreasen que os doentes em estado de mania tinham com elevada frequência as "perturbações de pensamento" descritas nos esquizofrénicos e observadas e quantificadas através do comportamento verbal: "tangencialidade", "descarrilhamento", "incoerência" e "illogicismo".

Wyckes e Leff (1982) analisaram as semelhanças entre o discurso verbal da esquizofrenia e da mania, utilizando, numa perspectiva psicolinguística, o método da análise do discurso de Halliday e Hansan (1976). Este método, permite analisar um dos aspectos parcelares da coerência do discurso, que consiste nas ligações que os doentes estabelecem entre as frases de modo a tornar a sua comunicação coerente. A análise das categorias de coesão (ou elos coesivos), avaliados independentemente do grau de compreensibilidade do texto num discurso verbal de uma amostra de doentes esquizofrénicos (diagnosticados pelo PSE) e de maníacos, revelou que não havia diferenças entre os dois grupos relativamente ao tipo de elos coesivos. Anteriormente Durbin e Martin (1977) tinham estudado, do ponto de vista sintático, o discurso de doentes maníacos e concluído que estes doentes não tinham dificuldades no estabelecimento dos limites das orações como a evidência clínica faria supor, mas que as suas dificuldades se situavam na criação de relações com significado entre as orações do tipo que mais tarde foi referido por Rochester e Martin (1979) na análise

do discurso dos esquizofrénicos.

Os problemas em diferenciar a linguagem dos esquizofrénicos dos outros grupos de diagnóstico (sobretudo com doentes agudos) quer com métodos empírico-fenomenológicos quer com análises linguísticas, leva a colocar a hipótese de que as perturbações da linguagem que surgem na esquizofrenia em fase aguda, não são um elemento fiável nem rigoroso para o diagnóstico. Não podemos ainda negligenciar a hipótese de que os normais, em certas circunstâncias, possam produzir essencialmente as mesmas perturbações a nível verbal do que os esquizofrénicos. De resto, como afirma Wykes e Leff citando outros autores, entre os quais Wing, Cooper e Sartorius (1974), são raros os doentes psicóticos que apresentam um padrão de perturbações de linguagem (menos de 1% nas admissões agudas) e quando estes desvios se manifestam, têm um carácter episódico. Na sua grande maioria, os trabalhos fenomenológicos clássicos que descrevam as perturbações da linguagem na esquizofrenia foram feitos com doentes crónicos e asilados à longo tempo.

Torna-se cada vez mais importante, à medida que dados contraditórios vão sendo produzidos, em trabalhos clínicos e laboratoriais, que sejam perfeitamente controladas as condições de amostragem dos doentes incluídos no grupo heterogéneo da esquizofrenia, não só no que diz respeito a critérios sintomatológicos como a variáveis ligadas às condições de natureza pessoal, condições sociais e culturais dos doentes.

CAPÍTULO 3

OS MODELOS DE ANÁLISE DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

INTRODUÇÃO AO ESTUDO DOS MODELOS DE INTERACÇÃO EM PEQUENOS GRUPOS

Os estudos de interacção social, que utilizam os "pequenos grupos" como meio de investigação são extremamente numerosos na literatura psicológica. Apenas como exemplo desta extensão podemos citar o trabalho de Paul Hare que faz em 1972 uma revisão bibliográfica da literatura referente a este tema. No período que decorre entre 1959 a 1969 (Hare, A.P. "Bibliography of Small Group Research") reviu 2021 artigos e monografias. Os principais temas de investigação por ele mencionados dizem respeito às seguintes áreas de estudo: (1) elementos da interacção social (processo, estrutura e mudança social entendidas de um modo geral); (2) normas e controle social (estudos sobre a conformidade tal como é influenciada pelos objectos julgados, pelo sujeito e pela situação); (3) características da interacção social e processos de decisão, percepção social, trocas sociais e de um modo geral os processos de dinâmica do grupo; (4) papel social e estatuto no grupo e em particular, estudos sobre a diferenciação de papéis; (5) escolhas inter-

MODELO DE RELAÇÃO INTERPESSOAL

peçoais em que se incluem estudos sociométricos sobre a amizade, popularidade, moralidade e estrutura do grupo; (6) estudos sobre a personalidade dos participantes na interacção social com análise das suas características relacionadas com o comportamento interpeçoal; (7) características sociais de tipo demográfico, classe social, etc. relacionadas com os padrões de comportamento interpeçoal; (8) estudos centrados sobre o problema do tamanho do grupo social e a sua interferência na estruturação e formação do grupo; (9) análise da tarefa do grupo com estudos comparativos sobre diferentes tipos de tarefas, efeitos do "stress", processos de cooperação e de competição, estudos baseados na teoria dos jogos e outros processos de decisão; (10) redes de comunicação no grupo social; (11) estudos sobre a liderança, quer em meio natural quer em situações laboratoriais; (12) produtividade individual no sentido do processo individual de aprendizagem e de resolução de problemas comparados com os de grupo; (13) produtividade no sentido de processos de resolução de problemas pelo grupo ou grupos, com diferentes características, com variação nas características dos membros e diferentes tipos de organização; (14) métodos de investigação que incluem sistemas de categorização dos actos sociais, modelos matemáticos e simulação em computador dos processos de grupo.

A grande maioria dos trabalhos mencionados por Hare foram feitos numa perspectiva empírica e descritiva e visa fins de aplicação prática aos domínios pedagógico, terapêutico ou da organização do trabalho.

Um dos primeiros problemas que se colocam a este tipo de investigações diz respeito à delimitação do objecto de estudo, isto é, o que se considera "pequeno grupo" e o que o diferencia de uma simples "coleção de pessoas". Muitos estudos não partem de uma definição rigorosa que, no entanto, pode ser mais ou menos restritiva. De acordo com Hare (1962) as características que permitem decidir se está presente uma interacção de grupo são as seguintes: os

MODELO DE RELAÇÃO INTERPESSOAL

membros estão em interacção uns com os outros, partilham um objectivo ou motivações comuns, desenvolve-se um conjunto de normas que fixam os limites das relações interpessoais e actividades do grupo, estabiliza-se um conjunto de papéis e uma rede de atracção interpessoal que diferencia o grupo de outros grupos. A esta definição em extensão podemos contrapor a definição operacional de Bales (1950) que afirma que um "pequeno grupo", é "qualquer número de pessoas envolvidas numa interacção umas com as outras, num encontro face-a-face, ou numa série de encontros, nos quais cada membro recebe alguma impressão ou percepção de cada um dos outros, suficientemente distinta de modo a que possa, nesse momento ou mais tarde, quando interrogado, reagir a cada um deles, como pessoas individuais, mesmo que seja apenas a recordação de que a outra pessoa esteve presente".

Limitámos a extensão da análise dos modelos de relação interpessoal, não só pela impossibilidade de uma revisão bibliográfica exaustiva, como pelo facto do nosso trabalho estar incluído na área de estudo dos modelos que utilizam linguagens formais e categoriais para descrever e simular em grupos sociais restritos, processos de interacção, de decisão e de dinâmica de grupo. Mais especificamente, escolhemos alguns autores cujos trabalhos se baseiam, de uma forma mais ou menos explicitada, na Teoria Geral de Sistemas, entendida quer num sentido lato quer numa forma restrita. Esta teorização esteve na base, ou influenciou, alguns modelos de interacção social em pequenos grupos que foram, ou continuam a ser, actualmente investigados.

Escolhemos para uma descrição mais aprofundada os modelos interpessoais de Timothy Leary e de Robert Bales. Ambos se baseiam numa visão sistemática das relações sociais, o modelo de Leary é uma teoria da personalidade na sua dimensão interpessoal e o de Bales é uma análise do processo de interacção em pequenos grupos e uma construção de um espaço sócio-psicológico. Nos dois modelos as hipóteses que

MODELO DE RELAÇÃO INTERPESSOAL

descrevem e explicam a estruturação das relações sociais, são conceptualizadas em níveis múltiplos de relação interpessoal e sob forma de um modelo de natureza dimensional.

Outras formulações, que não incluiremos neste capítulo, colocam o ênfase para a explicação da dinâmica de grupos na valência das trocas e transacções interpessoais (Thibaut e Kelley, 1959; Homans, 1961), nos arranjos contratuais nas relações interpessoais (Secord e Backman, 1961, 1965) ou ainda nos contratos das estratégias de certos jogos sociais (Berne, 1966). Estas teorias estão sobretudo relacionadas com o problema geral do controle e do poder nas relações interpessoais, têm importantes lacunas na especificação das relações sociais a outros níveis de interacção, e por outro lado os conceitos nelas introduzidos, têm um carácter limitado e não extensível à personalidade. Do mesmo modo, na teoria de Schutz (1955, 1958) os padrões de interacção social são explicados em termos de necessidades interpessoais: filiação, controle e afeição. Nesta teoria embora seja desenvolvida uma tipologia tridimensional do comportamento interpessoal baseia-se em aspectos relativamente limitados das relações interpessoais ligados aos problemas da produtividade do grupo.

A DIMENSÃO INTERPESSOAL DA PERSONALIDADE

Uma parte considerável das características da personalidade só é definível em termos das relações que os indivíduos estabelecem uns com os outros, dimensão da personalidade que nem sempre foi considerada para a conceptualização das teorias psicológicas. Não tem, de facto, uma natureza "interpessoal" a grande maioria da nomenclatura que é utilizada em psicologia ou em psiquiatria clínicas. Parece óbvia a definição do que é o "comportamento interpessoal", no

MODELO DE RELAÇÃO INTERPESSOAL

entanto o termo, no sentido em que o utilizamos neste trabalho, só tardiamente foi introduzido na literatura psicológica, possivelmente por Harry S. Sullivan, de acordo com Leary (1956), e a elaboração científica da dimensão interpessoal da personalidade seguiu uma marcha complexa.

O primeiro problema que se colocou aos investigadores, segundo J. S. Fonseca (1973), consistiu (1) na selecção de um conjunto de factos considerados significativos e que permitissem a descrição do comportamento interpessoal. Em seguida, tornou-se necessário: (2) uma demonstração da relevância desses factos e a sua caracterização rigorosa em termos de repertórios ou modos de relação interpessoal; (3) uma compreensão da dinâmica dessas relações, de acordo com contextos individualizados; finalmente (4) o desenvolvimento de um conjunto de conceitos que descrevessem os factos isolados e permitissem explicar o modo de estruturação das relações interpessoais.

A introdução da dimensão interpessoal no estudo da personalidade teve também implicações teóricas relativas ao modo de construção do Próprio, no contexto da estrutura relacional e objectal em que o sujeito está inserido, desde fases muito precoces do seu desenvolvimento. Nasce na convergência de marcos conceptuais importantes, de conhecimentos adquiridos noutros domínios das ciências humanas, em especial a teoria da comunicação e antropologia cultural. De resto, a visão interpessoal da psicologia clínica surge como uma visão essencialmente humanista, orientada pelos aspectos sociais do comportamento humano, com o princípio básico de que as perturbações psíquicas são, na sua essência, perturbações da relação interpessoal, dependendo o bem estar, em grande parte, da possibilidade de modificar, de algum modo, a estrutura das relações interpessoais do sujeito.

Nem todas as escolas que se debruçaram sobre esta dimensão da personalidade partilham de uma perspectiva tão radical, que é, por exemplo, a de H. S. Sullivan, embora tenham de comum a introdução da noção de interacção social, enquanto padrão de

MODELO DE RELAÇÃO INTERPESSOAL

relações interpessoais, em áreas tradicionalmente consideradas como não sendo socialmente determinadas.

O rigor metodológico dos grupos de investigadores que investigaram este tema foi elevado. A análise factorial das estruturas da relação interpessoal veio confirmar a sua natureza dimensional, pelo menos a evidência empírica das dimensões definidas por R. Brown (1965), ou seja de uma dimensão de hierarquização vertical em que estão envolvidos elementos de "dominância - submissão", conforme o valor pessoal atribuído a cada sujeito (status) e de uma dimensão de maior ou menor solidariedade com carácter mais ou menos positivo. Estas duas dimensões principais da relação social têm sido confirmadas em sucessivos estudos factoriais e foram aplicadas ao diagnóstico das relações interpessoais, como iremos verificar.

O SISTEMA INTERPESSOAL DA PERSONALIDADE DE ACORDO COM T. LEARY.

O sistema de categorização das relações interpessoais desenvolvido por T. Leary (1957), é uma teoria funcional das características relacionais da personalidade, permite categorizar o comportamento social num conjunto de factores ou dimensões, processos conscientes ou inconscientes que as pessoas utilizam para avaliar e lidar com os outros e com o próprio. A finalidade dos mecanismos interpessoais da personalidade é, para Leary, a de serem um meio de desviar ou afastar a ansiedade e de preservar a auto-estima, constituindo, neste sentido, operações de defesa. Neste aspecto particular, a sua formalização baseia-se em Sullivan, Horney e Fromm, que conceptualizam a ansiedade como um fenómeno interpessoal cujo evitamento é uma força ou energia motivacional para a personalidade. Para K. Horney neste fenómeno estão envolvidos sentimentos de desamparo e de perigo, para Fromm sentimentos de isolamento e de fraqueza, final-

mente para Sullivan a perda da auto-estima. A natureza interpessoal da ansiedade tem origem, para Leary, na expectativa - ameaçadora e receada - da depreciação e rejeição por parte dos outros, ou mesmo pelo próprio. Faz notar Leary que, embora o ser humano não esteja senão muito raramente liberto de algum grau de tensão interpessoal, os seus actos ou pensamentos estão de um modo geral relacionados com a estimativa que faz relativamente ao julgamento dos outros, razão porque o **princípio motivador do comportamento interpessoal** deverá ser encarado mais rigorosamente como possuindo um carácter **reductor da ansiedade**, no evitamento de uma maior ansiedade e na escolha de um grau menor. Dado que a personalidade poderá ser definida, como o faz Sullivan, como um padrão relativamente duradouro de situações interpessoais, recorrentes, que caracterizam a vida de um sujeito, o seu conhecimento ou a sua compreensão implicam o conhecimento das técnicas ou mecanismos interpessoais utilizados para evitar ou minimizar a ansiedade, assim como dos modos de consequente integração destes mecanismos num padrão consistente de relações sociais. Leary faz ainda uma generalização, afirmando que pelo uso destes mecanismos se atinge um resultado, em termos do que define por "mundo interpessoal", construção individual resultante da utilização preferencial de uma ou de outra das operações de redução da ansiedade e conservação da auto-estima. Na doença (neurose) haveria um desajustamento (ou má adaptação), na qual estaria implicada uma limitação do funcionamento interpessoal e um uso compulsivo de certas operações de defesa que se tornariam assim rígidas, inflexíveis e inapropriadas. Uso desadequado que conduz a resultados insatisfatórios, ou pelo menos diferentes, do objectivo que o sujeito, conscientemente, pretendia atingir, causadores de sofrimento a quem os utiliza. Por sua vez, o ajustamento seria caracterizado por uma compreensão da própria estrutura da personalidade, pelo desenvolvimento de mecanismos de evitamento da ansiedade suficientemente flexíveis para permitirem ao sujeito

lidar com a extensa variedade de pressões ou tensões ambientais e pela utilização das potencialidades do seu comportamento de modo a evitar as situações em que, previsivelmente, os mecanismos seriam ineficazes ou perigosos para o próprio.

O modelo de personalidade, conceptualizado por T. Leary, é um modelo com níveis múltiplos - interação pública, percepção consciente, simbolismo privado, inconsciente não expresso, e nível dos valores - em cada um dos quais as relações interpessoais se exprimem de um modo particular. A dimensão social do comportamento é considerada, por este autor, como a mais crucial e importante, quer de um ponto de vista funcional para a sobrevivência do ser humano, quer pela relevância que podem ter, na clínica, os mecanismos de relação interpessoal. Em relação a este último aspecto, a sua importância está ligada ao facto da personalidade ser concebida como uma totalidade organizada, que pode assumir, nos seus vários níveis, uma estrutura flexível, equilibrada, apropriada e rigorosa, com as correspondentes modalidades comportamentais. A normalidade é então entendida como um estado de equilíbrio entre os vários níveis da personalidade, equilíbrio que permite que mesmo distorções com carácter necessariamente ligeiro, que surjam a algum nível, sejam moderadamente contrabalançadas noutros. Os índices de ajustamento variam de acordo com o nível da personalidade a que forem considerados. Assim, ao nível da percepção, do próprio ou dos outros, o rigor ou concordância sintática na percepção consensual é um indicador parcial do ajustamento; ao nível da interacção aberta, a proporção de interacções flexíveis e apropriadas aos estímulos interpessoais tem o valor de indicador de adaptação; ao nível da expressão interpessoal indirecta, na fantasia, é a extensão dos temas simbólicos e o seu equilíbrio, em relação aos outros níveis, que constitui o índice de adaptação.

Um aspecto particular, mas importante, do sistema de categorização das relações interpessoais desenvolvido por Leary e colaboradores, consiste na

decisão relativa à unidade conceptual básica que foi tomada como **a unidade mínima significativa da personalidade na sua dimensão interpessoal**. A marcha científica dos estudos de psicologia social, como anteriormente mencionámos, tinha possibilitado a determinação rigorosa de um número limitado de estruturas ou dimensões de relação interpessoal. A elevada probabilidade de que existissem, pelo menos, duas dimensões principais tinha sido confirmada por estudos factoriais, mencionados, por exemplo, na revisão de Carter e col. (1951). Estas dimensões principais são a "dominância - submissão" e "afecto positivo (amor) - afecto negativo (ódio)", dimensões que foram então utilizadas por Leary para a definição dos modos de relação interpessoal. Permanecia em aberto o problema da selecção do segmento da personalidade, ou do comportamento interpessoal, que deveria ser analisado como um dado de base ou unidade mínima significativa. De entre as possíveis soluções que poderiam ser usadas, Leary menciona os testes de personalidade, os acontecimentos narrados durante a entrevista, a tonalidade da voz, fragmentos de sonhos, etc., mas que, segundo este autor, não são elementos susceptíveis de constituir dados de base para o estudo da personalidade, pelas dificuldades em medir as expressões escritas, orais ou físicas de modo a que formem um material conceptualizável com carácter comparativo. Por outro lado, a extensa variedade e complexidade das codificações dos testes, construídos a partir de diferentes tipos de expressão de superfície da personalidade, sob a forma de escalas, embora num contínuum, medem traços isolados entre os quais não pode ser estabelecida qualquer relação e cujos esquemas de classificação das respostas não permitem a resolução do paradoxo que é o facto da personalidade ser conceptualizada como um todo unificado, embora podendo exprimir-se de modos muito variados. Se fosse, no entanto, utilizada apenas uma medida ou notação a partir de um único teste ou escala de personalidade, o comportamento interpessoal ficaria muito limitado na sua extensão e complexidade. A

solução proposta por Leary, para resolver esta situação insatisfatória, consiste na definição dos dados básicos da personalidade, não como acontecimentos expressivos, mas como **comunicações verbais feitas pelo sujeito ou pelos outros acerca da actividade interpeessoal do próprio** enquanto sujeito de uma interacção social.

As unidades básicas da personalidade estariam contidas em protocolos verbais nos quais são feitas descrições do comportamento interpeessoal de um indivíduo. Exemplifica Leary (1957) que quando alguém sorri, embora possamos estar atentos a esse facto, ele não possui valor como dado de base para o estudo do fenómeno interpeessoal que está a ocorrer. No entanto, se outrém, que esteja presente na situação ou que possa observar um registo do comportamento, produzir uma afirmação acerca desse gesto ou do movimento dos músculos faciais utilizados nessa expressão emocional, estamos perante um discurso verbal que já pode servir como um dado de base para definir a interacção social do sujeito. Por conseguinte, no sistema desenvolvido por Leary, os factos ou acontecimentos tomados em consideração para a classificação dos tipos de personalidade não são os comportamentos sociais efectivos mas as declarações verbais (do próprio sujeito de interacção ou dos outros) formuladas acerca desses comportamentos. A unidade de análise escolhida não possui características restritivas como a sua definição parece fazer crer. Efectivamente, as descrições que podem ser obtidas acerca de um acontecimento social momentâneo, mesmo elementar, são variáveis e um único gesto pode conduzir à produção de muitas suposições da parte dos outros, por exemplo no que se refere à sua intencionalidade. O próprio sujeito pode descrever também as suas motivações e objectivos no momento da produção de um certo gesto intencional. O conjunto das declarações verbais (protocoladas) fornece uma informação interpeessoal sobre o sujeito produzida pelo próprio e ainda acerca do valor que possui o seu "estímulo social" para os outros a quem se dirige. As

MODELO DE RELAÇÃO INTERPESSOAL

diversas respostas expressivas que produz, mímicas, cinéticas, posturais ou ainda reacções a testes, constituem um material primitivo, a partir do qual podem então ser obtidas unidades de classificação para descrever a personalidade.

A preocupação com o rigor metodológico, leva Leary à definição de um conjunto de postulados ou de princípios a que teria de obedecer a escolha das variáveis, utilizadas como unidades de classificação. Estes princípios estão em coerência com a teorização que faz acerca da personalidade. Têm, por outro lado, a natureza de qualquer procedimento que é requerido para ordenar cientificamente os dados e constituem ainda regras empíricas de observação, medida e descrição de resultados.

O conjunto de princípios ou normas a que teria de obedecer a escolha de variáveis pode ser sintetizado do seguinte modo: 1) as variáveis de um sistema de personalidade devem ser escolhidas de modo a que constituam uma medida, num mesmo contínuo, de aspectos adaptados normais do comportamento e dos seus extremos anormais ou patológicos; 2) as medições do comportamento interpessoal requerem uma extensa colecção de variáveis, simples e específicas, sistematicamente relacionadas entre si e aplicáveis ao estudo das respostas adaptadas ou desadaptadas; 3) para cada variável ou sistema de variáveis, que medem o comportamento interpessoal do sujeito (a todos os níveis da personalidade), terá de ser incluído um conjunto equivalente de outras variáveis para a medição do comportamento específico dos "outros" sujeitos com os quais entra em relação; 4) qualquer declaração acerca da personalidade deve ser indicativa do nível a que se refere; 5) os níveis de personalidade, utilizados em qualquer sistema teórico, devem ficar bem especificados e definidos, assim como as relações formais que existam entre eles; 6) para medir o comportamento interpessoal, a todos os níveis da personalidade deverá ser utilizado um mesmo sistema de variáveis; 7) as medidas de comportamento interpessoal devem ser operações públicas e verificáveis,

MODELO DE RELAÇÃO INTERPESSOAL

assim como as variáveis susceptíveis de uma definição operacional. Do mesmo modo, as nossas conclusões acerca da natureza humana não podem ser apresentadas como factos absolutos mas como declarações ou suposições de natureza probabilística; 8) o sistema de personalidade deve ser concebido de modo a medir o comportamento num contexto funcional (por exemplo o de uma clínica psiquiátrica), contexto em que a linguagem, as variáveis e categorias diagnósticas devem estar directamente relacionadas com o comportamento expresso ou com as decisões práticas que é necessário tomar nesta situação funcional. O sistema, quando utilizado como instrumento clínico, deve permitir fazer previsões quanto aos comportamentos interpessoais que poderiam ser esperados na clínica.

Este conjunto de postulados são utilizados por Leary para a construção de um sistema da personalidade na sua dimensão interpessoal. A organização global da personalidade é descrita em termos de um esquema de classificação do comportamento interpessoal, e de um sistema formal de notação para definir e relacionar os níveis de personalidade.

Na fase de escolha das variáveis interpessoais e de construção do método classificatório, foram utilizados, numa longa tarefa, um extenso número de protocolos de situações de interacção social em pequenos grupos, de sujeitos normais e com perturbações psicopatológicas. Para cada sujeito foram observadas, registadas e analisadas centenas de interacções, descrições verbais do próprio e dos outros (presentes, passadas e antecipadas), tal como tinham sido expressas no grupo, posteriormente sumarizadas em forma biográfica ou de escala de avaliação. Os sonhos e fantasias descritas pelos sujeitos foram ainda utilizados, assim como respostas a testes de natureza projectiva.

A extensa variedade do material foi analisada segundo os princípios expostos, delimitando-se os dados de base da personalidade, não como esta se revelara no material primitivo mas através das unidades verbais, protocoladas, da linguagem pela

qual foram sumarizados os comportamentos interpe-
soais dos sujeitos: interacções efectivas ou atributos,
qualidades e traços que estes atribuem a si próprios
ou aos outros.

Os dados primitivos consistiam em descrições
verbaes exaustivas da interacção dos sujeitos feita por
juizes independentes, cuja análise permitiu então
constituir uma lista de algumas centenas de termos
descritivos. Desta longa lista foram isoladas as
motivações interpeessoais genéricas, condensadas em 16
temas básicos interpeessoais, posteriormente ordenados
em variáveis ao longo de dimensões ou escalas. Ve-
rificou-se que o espaço bidimensional permitia a des-
crição da complexidade dos dados. Assim, a análise
das tendências interpeessoais genéricas mostra que, em
todas elas, há alguma referência a um factor de poder
ou/e de filiação. Por este motivo, quando a dimensão
"domínio-submissão" foi tomado como um eixo vertical e
a dimensão "hostilidade-afeição" como eixo horizontal,
todos os factores puderam ser expressos como combin-
ações destes quatro pontos nodais. Os temas inter-
peessoais foram finalmente representados num continuum
circular bidimensional de 16 variáveis genéricas que
representam o grau mais elevado de discriminação
entre os temas interpeessoais. Por outro lado, o con-
junto dos temas ou modos de relação interpeessoal fo-
ram combinados em oito pares ou categorias gerais.

O esquema de classificação do comportamento
interpeessoal em 16 mecanismos ou reflexos, assim como
a sua descrição sintetizada, podem ser observadas na
Figura 3.1. O círculo interior representa a denotação
dos reflexos adaptadores. No anel médio indica-se o
tipo de comportamento que cada reflexo interpeessoal
tende a desencadear no "outro". No seguinte estão
descritos, sumariamente, os comportamentos sociais
reflexos, rígidos ou extremos. Finalmente, o anel
periférico está dividido nas 8 categorias gerais
utilizadas no diagnóstico interpeessoal. Cada categoria
tem uma intensidade moderada ou adaptadora e uma
intensidade extrema, desadaptadora ou patológica.

O que é designado por **"reflexos interpeessoais"**

MODELO DE RELAÇÃO INTERPESSOAL

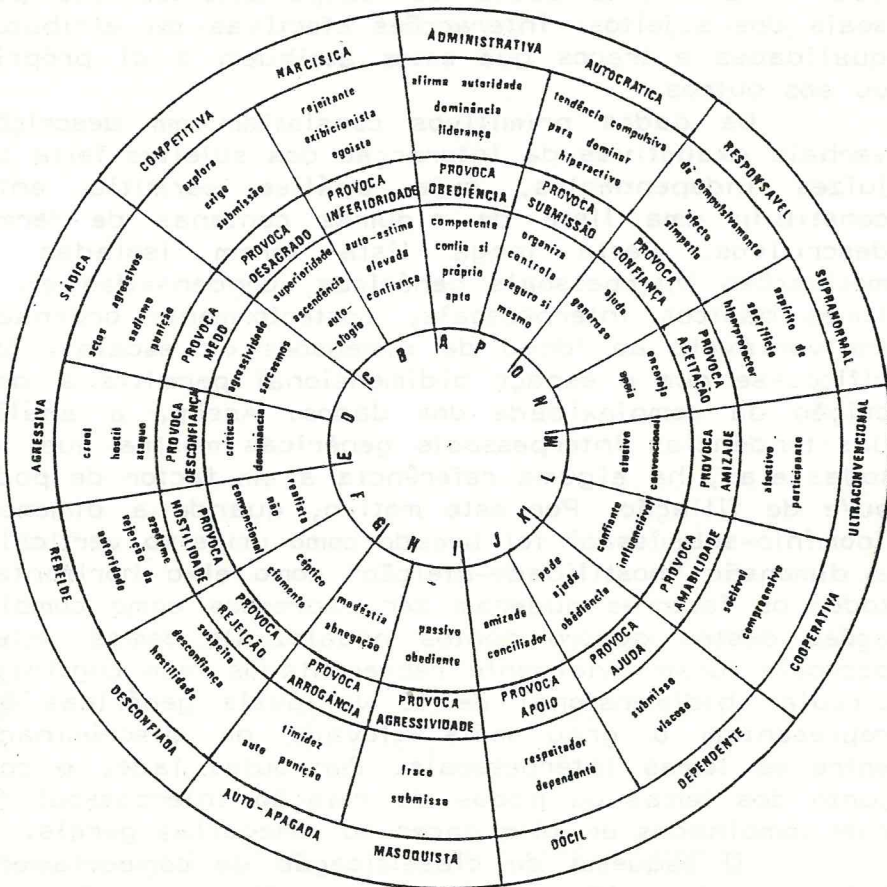


Figura 3.1 - Classificação do comportamento interpeSSoal em 16 mecanismos reflexos (adaptado de T. Leary, 1957). As descrições de cada categoria não seguem a forma original. Os verbos como unidades gramaticais que exprimam as acções interpeSSoais foram substituídos por outras formas sintáticas, que caracterizam o conteúdo condensado de cada categoria.

MODELO DE RELAÇÃO INTERPESSOAL

ou mecanismos interpessoais, corresponde às unidades expressivas, observáveis do comportamento social face-a-face. São respostas automáticas e geralmente involuntárias às situações interpessoais, frequentemente independentes do conteúdo da comunicação, isto é, constituem os métodos individuais e espontâneos de reacção aos outros.

Os níveis de personalidade

A personalidade é analisada a vários níveis, de acordo com o modelo e os princípios teóricos referidos.

O nível I -Comunicação Pública- consiste no comportamento do sujeito, tal como é codificado por outros (observadores treinados ou "ingênuos"), ao longo do contínuo circular de 16 pontos. O sujeito, envolvido numa interacção social, em situações clínicas ou extra-clínicas, é então observado e avaliado o que fornece uma medida do seu "valor como estímulo" social. A este nível, os dados são objectivos ou públicos mais do que privados ou subjectivos. A unidade básica é o "**efeito interpessoal**" que um sujeito produz sobre os outros, **o que lhes quer comunicar** independentemente do modo, estilo ou conteúdo das suas expressões. Estas unidades de comportamento podem ser deduzidas pela forma repetitiva como certas motivações interpessoais, de um dado sujeito, se reflectem nos outros, motivações que estão para além do conteúdo superficial das suas comunicações. Este tipo de interacções, designadas por Leary, como referimos, por -"mecanismos interpessoais ou reflexos interpessoais" - surge no comportamento social face-a-face. São respostas não controladas conscientemente pelo sujeito que as manifesta. Têm um carácter recorrente e característico de cada pessoa e formam o núcleo da sua personalidade em situações de relação interpessoal. Exprime-se, parcialmente, no conteúdo ou significado verbal do que é afirmado, em indícios comportamentais, mímicos ou na aparência exterior do

sujeito. A natureza involuntária e automática dos reflexos interpessoais torna-os difíceis de observar e de medir pelos outros participantes na interação.

Cada tipo de comportamento reflexo tende a provocar nos outros um tipo complementar de resposta interpessoal. Alguns dos reflexos adaptadores mais sugestivos são, por exemplo, "dirige, orienta, guia" (A), "ações agressivas, firmes" (D) ou ainda "pede ajuda, confia" (K). Os tipos mais frequentes de comportamento que cada um destes reflexos interpessoais tendem a "atrair" nos outros são, respectivamente: (A) "provoca obediência", (D) "provoca resistência passiva" e (K) "provoca ajuda". Os reflexos mais extremos e rígidos são, em relação a este exemplo, os seguintes: a (A) corresponde o comportamento "domina, chefia, ordena", (D) a "ações punitivas, sarcásticas ou desagradáveis" e (K) a "apaga-se, depende".

O nível II -Descrições Conscientes- inclui o conteúdo verbal de todas as declarações que o sujeito faz acerca do seu comportamento interpessoal e do comportamento dos "outros". As suas descrições são obtidas a partir duma variedade de fontes - conversação, protocolos terapêuticos e questionários de avaliação - e codificadas ao longo do mesmo contínuo circular utilizado para o nível anterior. Tal como sucede em qualquer dos outros níveis, este fica automaticamente definido pela própria natureza dos dados que para ele contribuem, isto é, as descrições verbais produzidas, conscientemente, pelo sujeito acerca de si e dos outros. A este nível o que interessa para a análise é **o que o sujeito afirma, o conteúdo das suas expressões verbais**. Esta descrição é designada como sendo "consciente", não com o significado de corresponder a um nível de consciência, mas no sentido de uma comunicação que reflecte o modo como o sujeito decide revelar-se e transmitir a visão que tem acerca dos outros. Efectivamente, a sua comunicação é que decorre de um nível reflexivo consciente.

Nesta análise sistemática do comportamento a

níveis múltiplos os dados, deste segundo nível da personalidade, têm um significado ambíguo, até podem ser avaliados sistematicamente à luz dos dados dos outros níveis de comportamento, isto é, da personalidade. As unidades específicas que foram codificadas a partir das descrições verbais do próprio, têm a natureza dos **"atributos interpessoais"** ou **"traços interpessoais"** e reflectem o carácter adjectivado dos dados deste nível. Estes traços podem ser definidos como motivações interpessoais atribuídas conscientemente pelo sujeito a si mesmo ou aos outros. Este nível fornece também uma medida da "identificação" consciente, dado poderem ser codificadas não apenas as descrições que o sujeito produz sobre si próprio, mas também as que se referem aos membros da sua família. Por este processo, foram conceptualizados, de um modo operacional, os fenómenos de identificação e de desidentificação, pela proximidade ou distância entre os temas ou motivações interpessoais atribuídos pelo próprio em relação a si mesmo, em comparação com a visão que têm dele as pessoas do seu meio social, com quem entra numa interacção mais significativa. Do mesmo modo, pode ser analisada a relação que se estabelece, no decurso de uma intervenção terapêutica, pelo confronto entre a descrição que o sujeito faz de si mesmo com a que produz sobre o terapeuta. Pode ser também determinado o rigor consensual da visão que o terapeuta tem relativamente à do próprio sujeito.

Os temas ou categorias utilizadas para medir os atributos interpessoais, são derivadas das variáveis definidas ao nível anterior. Neste, o comportamento reflexo tinha sido codificado numa lista exaustiva de verbos, aplicáveis às 16 finalidades ou objectivos interpessoais genéricos. Para o comportamento do segundo nível o processo utilizado foi o da simples substituição dos verbos do nível I pelos adjectivos apropriados, em concordância com o seu conteúdo mais ou menos implícito.

O Nível III - Simbolizações Privadas - é constituído pelo material projectivo, indirecto e fantasiado.

Compreende as expressões que um indivíduo produz, não acerca do si próprio, situado no seu mundo real, mas indirectamente, acerca de um Próprio imaginário, a nível subconsciente ou simbólico. As motivações interpessoais e os actos atribuídos às personagens da sua fantasia, as suas expressões criativas, desejos e sonhos definem este nível da personalidade. A designação "subconsciente" denota, operacionalmente, as respostas do sujeito aos estímulos projectivos, quando o conteúdo da sua expressão desliza dos dados actualmente percebidos, para os imaginários e fantasiados.

Leary desenvolve uma técnica que lhe permite medir, sistematicamente, estes dados indirectos da personalidade, em termos das mesmas variáveis interpessoais que foram usadas para caracterizar os aspectos públicos ou conscientes do comportamento. Pode, então, verificar-se um "conflito" interníveis quando os temas do nível da fantasia são opostos às descrições conscientes feitas pelo sujeito (nível II). Pelo contrário, os temas interpessoais podem ter o mesmo quadro temático dos outros níveis, ou constituírem ainda uma expressão, na fantasia, dos temas que foram inibidos a nível da comunicação pública. Segundo Leary, em cada indivíduo os símbolos exprimem os seus sentimentos, subjacentes, de individualidade, originalidade e de auto-satisfação, possuem uma função redutora da ansiedade quando se tornam privados, por originarem um desvio da ansiedade que a sua expressão pública produziria no sujeito.

A categorização dos símbolos interpessoais é feita sobre dados da linguagem verbal referida a descrições de sonhos, histórias fantasiadas e protocolos de testes projectivos. Para converter este material primitivo em categorias objectivas que, necessariamente e em concordância com os princípios expostos, terão a mesma forma da matriz de variáveis usada em qualquer dos outros níveis de comportamento, dois subníveis são tomados em consideração. No primeiro, designado por "Nível III Herói", que corresponde à auto-imagem simbólica, são analisados os heróis e protagonistas do mundo da fantasia, tal como fora

feito em relação ao Próprio real do sujeito e ao mundo real dos níveis I e II. Por exemplo, se o herói é descrito como receoso é codificado em H, se enraivecido é codificado em E. O herói torna-se no "Próprio simbólico", e aqueles com quem interage denotam o "Outro" interpessoal. A identidade das personagens deste mundo interpessoal - designado por "Nível III Outro" - é tão especificada como nos níveis anteriores, muito embora tenham um significado teórico e clínico diferente das imagens do mundo simbólico do herói. Considera Leary, que a separação entre o "Herói subconsciente" e o "Outro subconsciente" é uma diferença importante e que denota dois subníveis distintos do subconsciente. A classificação do comportamento interpessoal a nível simbólico ou projectivo foi feita pela codificação em temas, mantendo-se aplicáveis a este nível simbólico a lista dos verbos, usados no nível I, e dos atributos, usados no nível II.

O nível IV - Inconsciente Não Expresso - é definido pelos temas interpessoais que são, sistematicamente e compulsivamente, evitados pelo sujeito nos outros níveis da personalidade, ou seja, os temas que de um modo consciente, significativo e explícito o sujeito omite nos três outros níveis. Este nível refere-se, portanto, às actividades que estão, de uma forma consciente e deliberada, "não presentes" no perfil da personalidade.

Embora este nível esteja pouco estudado existem, segundo Leary, pelo menos dois tipos de evidência da sua presença: 1) a prova negativa que envolve a demonstração de que o sujeito, significativamente e de um modo activo (por exemplo por uma recusa), evita certos padrões de respostas interpessoais (primeiro critério), ou as omite com uma frequência que está para além da expectativa devida a factores aleatórios (segundo critério); 2) a prova positiva, que requiere a constatação que o mesmo tema interpessoal foi observado, em associação com certos indícios sublimiares e indirectos, por exemplo tempos de reacção muito longos, respostas perceptivas distorcidas, etc, com uma frequência significativa. Os temas interpessoais,

não expressos, são medidos de acordo com o critério que for tomado em consideração. No critério em que se admite que os temas são activamente evitados pode calcular-se o índice de evitamento, entre outras técnicas, pela estimativa da probabilidade relativa de ocorrência em amostras significativas de sujeitos. O critério de omissão de temas é mais facilmente codificado, pela inspecção dos perfis feitos nos vários níveis ou ainda por estimativas estatísticas de frequências médias temáticas, a partir das quais um "índice de expressão" de cada tema, a cada nível da personalidade, pode ser obtido.

O nível V - Valores - é uma área independente da personalidade. Corresponde aos dados que reflectem o sistema moral do sujeito, os "julgamentos do Super-Ego", o seu Ego ou Próprio Ideal. É constituído pelos traços interpessoais que o sujeito assume de modo a ser considerado "bom, correcto, honesto", ou seja, que formam a imagem de como acha que "deve" ou gostaria de ser. Estes temas interpessoais, idealizados, são obtidos do mesmo modo que as descrições conscientes do nível II, e para os avaliar é necessário que o sujeito comunique qual o seu sistema de valores. Os dados são então obtidos, tal como para outros níveis, a partir de entrevistas, associações livres e questionários de avaliação referentes aos valores. Os aspectos interpessoais destas expressões são codificados na linguagem do sistema interpessoal, no mesmo contínuo circular.

Este nível tem um valor funcional como instrumento de diagnóstico, na comparação com os outros níveis. A discrepância entre o Próprio, tal como surge no nível II, e o Próprio Ideal fornece um índice de auto-aceitação. Um outro indicador de diagnóstico é constituído pela discrepância entre o "Ego Ideal", descrito pelo sujeito, e as descrições do nível consciente -"idealização do Eu"- formuladas pelos membros da sua família. De um modo geral, uma vez que os temas do nível de valor estejam sistematicamente localizados, podem ser comparados com as medidas obtidas aos outros níveis de personalidade e diferentes impli-

cações clínicas e teóricas podem ser atribuídas aos vários índices de discrepância.

O diagnóstico funcional da personalidade

Os aspectos mais observáveis e conscientes da personalidade, que se exprimem em situação clínica, nos níveis de comunicação e de autodescrição, são designados nesta linguagem tipológica por "operações manifestas". As categorias, que sumarizam estas operações comportamentais, não são directamente aplicáveis quando se trata das motivações subjacentes do sujeito. Neste último nível (III) os temas "subconscientes" exigem outro tipo de linguagem, sendo então categorizados em termos de motivações temáticas.

O diagnóstico interpessoal é conseguido pela combinação dos termos descritivos, sumários, do comportamento do sujeito nos níveis I e II e do Próprio e do Outro ao nível III. As omissões significativas do nível IV, o comportamento dos "Outros" a todos os níveis (excepto III) e os temas de valor do nível V não estão incluídos na categorização diagnóstica.

Sumarizar o efeito que o comportamento evidenciável do sujeito produz no clínico é o primeiro objectivo do diagnóstico das operações interpessoais manifestas. Consiste em determinar as operações de segurança (1) e o padrão de conflito adaptador ou desadaptador (2). Esta sumarização é executada nos gráficos circulares, cujo sector do círculo indica quais as operações interpessoais envolvidas e a distância ao centro qual a sua intensidade.

Para elaborar o sistema de diagnóstico da personalidade um passo importante da teoria de Leary, no desenvolvimento deste modelo, consistiu em sumarizar a matriz de 16 variáveis para 8 variáveis, por combinação em **oito pares dos modos básicos de comportamento interpessoal** ou categorias de diagnóstico interpessoal que representam operações de segurança contra a ansiedade. Definem tipos ou modos de ajustamento

MODELO DE RELAÇÃO INTERPESSOAL

interpessoal, possuindo, cada um deles, um grau de adaptação e de desadaptação. O uso dominante das categorias, ajustadas ou desajustadas, define uma tipologia da personalidade, que pode ser observada na Tabela 3.2.

Tabela 3.2 - Tipologia do comportamento interpessoal ajustado e desajustado.

Tipos de diagnóstico Interpessoal			
Código		Ajustados	Desajustados
AP	1	Administrativo	Autocrático
BC	2	Competitivo	Narcísico
DE	3	Agressivo	Sádico
FG	4	Rebelde	Desconfiado
HI	5	Auto-apagado	Masoquista
JK	6	Dócil	Dependente
LM	7	Cooperativo	Ultra-convencional
NO	8	Responsável	Supranormal

Relações entre o Diagnóstico Psicopatológico e o Diagnóstico Interpessoal

As categorias clássicas de diagnóstico psicopatológico podem, segundo Leary e colaboradores, ser operacionalmente redefinidas em termos dos factores interpessoais. A cada um dos oito modos de ajustamento e desajustamento interpessoal, foram associados um conjunto de tipos de diagnóstico clínico, definidos em termos das operações manifestas aos níveis I e II. Os diagnósticos clínicos, do tipo Kraepliniano, na própria expressão de Leary, relativos aos síndromes psicopatológicos ou às personalidades anormais ou psicopáticas, podem ser tomados como sinónimos de certos tipos de relação interpessoal desajustada, comparação que já não seria possível estabelecer com os tipos ajustados. Nesta perspectiva, a identificação terminológica far-se-ia do seguinte modo: (1) a personalidade "psicopática de tipo sádico" poderia ser definida pelo tipo interpessoal desajustado "agressivo - sádico" (DE); (2) a personalidade "esquizóide" corresponderia ao modo de desadaptação "rebelde - desconfiado" (FG); (3) as personalidades "masoquistas, psicasténicas ou obsessivas", teriam o seu equivalente nos tipos interpessoais "auto-apagado - masoquista" (HI); (4) as personalidades "fóbicas, ansiosas ou histéricas" ou as "neuroses ansiosas", poderiam estar em ligação com o modo de desajustamento "dócil - dependente"(JK); (5) a designação de personalidade "histérica" seria sinónimo de personalidade "cooperativa - ultraconvencional" (LM); (6) a personalidade com tendência às reacções "psicossomáticas" teria como modo de desajustamento interpessoal o tipo "responsável - supranormal"(NO). Não são afirmados, com segurança, equivalentes psiquiátricos para os modos de ajustamento interpessoal "administrativo - autocrático" (AP) e "competitivo - narcísico" (BC).

Algumas categorias de diagnóstico psiquiátrico clínico foram também omitidas: maníaco-depressiva, paranóide, catatônica, entre outras. Esta omissão é justificada com base no pressuposto de que não haveria um padrão interpessoal típico que lhes estaria associado. Apenas a categoria "paranóide" pareceria, possuir um óbvio significado interpessoal, de superficialidade. De facto, esta categoria diagnóstica tem sido utilizada como equivalente a uma personalidade "desconfiada, suspeitosa". No entanto, para Leary, o termo paranóide tem em Psiquiatria, um conjunto extenso de conotações interpessoais, algumas paradoxais. Assim, tanto pode ser utilizado como sinónimo de desconfiança(FG), como significar a presença de ideias de grandeza (BC), estar associado a comportamentos litigiosos, querulantes ou impulsos agressivos (DE). Os sujeitos podem apresentar-se, face aos outros, com pedanteria e tendência à dominância (AP), outras vezes afirmam-se como supranormais, negando quer a existência de qualquer patologia quer a sua fragilidade(NO). Muito frequentemente caracterizam-se por uma atitude ultraconvencional, polida, embotada como que sendo um dever ou uma norma pessoal de conduta (LM,JK). Em face destes pressupostos, Leary argumenta que o termo "paranóide" é utilizado em relação a sujeitos que revelam uma complexidade e uma variabilidade expressivas na sua apresentação face aos outros, uma desconfiança e hostilidade subjacentes à relação interpessoal, e uma discrepância entre a percepção do si próprio e a opinião que os outros têm deles. Este factos implicariam a existência dum padrão interpessoal de instabilidade, e especialmente, de um conflito entre o nível das operações manifestas (I) e o nível das operações subjacentes(II), e mesmo entre dois tipos principais de operações manifestas (do nível I codificadas pelo M.M.P.I. e do nível II codificadas no questionário de adjectivos interpessoais) .

As categorias psiquiátricas, ao serem identificadas com as categorias interpessoais, estariam também num continuum. A validade desta hipótese

MODELO DE RELAÇÃO INTERPESSOAL

estaria, para Leary, na evidência clínica da não existência de separações nítidas, relativamente a certos modos de relação interpessoal, entre personalidades altamente desajustadas como é, em geral, verificado na experiência clínica. O significado deste continuum pode ser sintetizado da seguinte forma:

a) - as "personalidades psicopáticas" estariam próximas das esquizóides. Teriam de comum a alienação e o isolamento em relação a um comportamento convencional. As primeiras com uma hostilidade mais activa, as segundas mais passiva.

b) - as "personalidades esquizóides" estariam próximas das obsessivas. Teriam de comum uma atitude pessimista e autolimitativa. As primeiras seriam mais irritáveis e desconfiadas, as segundas mais autolimitativas e preocupadas.

c) - as "personalidades obsessivas" estariam próximas das fóbicas. Partilhariam uma passividade depressiva e preocupada. As primeiras seriam mais culpadas e conscientes das suas emoções. As segundas não reconheceriam a origem emocional da sua perturbação e estariam mais preocupadas com os sintomas exteriores à sua estrutura de carácter.

d) - as "personalidades fóbicas" estariam próximas das histéricas. Teriam de comum uma fachada repressiva e convencional. Ambas teriam uma tendência para a externalização e para o distanciamento em relação aos problemas pessoais específicos. As primeiras seriam mais receosas e preocupadas, as segundas mais apagadas e despreocupadas.

e) - as "personalidades histéricas" estariam próximas do tipo de ajustamento psicossomático. De comum existiria uma tendência para as operações convencionais e um desejo de aparentar despreocupação. Teriam, no entanto, as primeiras uma maior consciência da sua "tensão" psicossomática, seriam mais passivas e conciliatórias. As personalidades psicossomáticas desenvolveriam ainda uma maior actividade e maior tendência para a responsabilização supranormal do que as histéricas.

MODELO DE RELAÇÃO INTERPESSOAL

A Tipologia Interpessoal

Numa descrição sumária dos oito tipos de relação interpessoal, elaborados segundo o modelo que temos vindo a descrever, é necessário para a compreensão de cada um deles em particular, considerar sucessivamente: os modos extremos de ajustamento ou desajustamento, as operações de segurança manifestas (níveis I e II), os modos de comunicação, os traços ou atributos interpessoais mais característicos de cada tipo de ajustamento, e o comportamento complementar que cada um deles tende a desencadear nos outros participantes da interacção social.

1-Os tipos interpessoais **administrativo- autocrático**: ajustamento através do **poder**.

Os indivíduos, que podem ser identificados por este tipo de ajustamento interpessoal, caracterizam-se pelo uso do poder, sucesso e ambição como operações de segurança para desviar a ansiedade. O seu comportamento, evidenciável, é caracterizado por uma actividade e energia compulsivas, autoridade e dominância em relação aos outros. Pela natureza destas operações de segurança, estes sujeitos raramente necessitam de ajuda psiquiátrica e mesmo, de um modo geral, dificilmente aceitam pedir apoio ou ajuda aos outros. O ajustamento através do poder pode ser mais ou menos adaptador, como comportamento interpessoal.

A personalidade **administrativa**, corresponde ao tipo de relação que leva um sujeito a assumir face aos outros, de um modo mais ou menos explícito, posições de liderança cuja origem está no facto de possuir traços de força, energia, dominância e ainda uma tendência para organizar, planificar e para fazer uma afirmação de autoridade. De um modo geral, as formas adaptativas deste tipo de ajustamento caracterizam-se

MODELO DE RELAÇÃO INTERPESSOAL

por um comportamento enérgico e organizado, por uma atitude de "saber", competência ou aptidão e pela confiança em si próprios.

A personalidade **autocrática** é a forma desadaptadora de relação interpessoal, orientada para as **operações de poder**. Consiste num comportamento extremo, autoritário e dominador em relação aos outros com tentativas compulsivas para os controlar. Pode evidenciar-se em esforços persistentes do sujeito para superorganizar a sua vida e a dos outros ou para acentuar uma "fachada" de competência e de eficiência.

Um aspecto crucial deste tipo de comportamento consiste no evitamento total da insegurança e dos sentimentos de fraqueza, associado à tendência compulsiva para se revelar aos outros como uma pessoa competente, organizada e autoritária. A personalidade autocrática exhibe, de uma forma rígida, os seus mecanismos de ajustamento, mesmo quando não são apropriados à situação. O sujeito não consegue reduzir estas operações, que são compulsivas e energéticas.

Em situações sociais a sua tendência é para aparentar um elevado grau de eficiência e de competência, mesmo quando não é para isso solicitado. Nas formas extremas, este tipo de desajustamento, envolve frequentemente um comportamento hiperactivo, com aspectos hipomaníacos e hipertímicos e com respostas sociais não apropriadas.

Genericamente, o sujeito escolhe as operações de segurança orientadas para o poder porque estas são eficazes para desviar a sua ansiedade. A segurança advém-lhe do exercício de um controle sobre as coisas e sobre as pessoas. Obtém, da parte dos outros, admiração e obediência, tendendo este modo de relação, a desencadear comportamentos complementares de submissão e respeito, isto é, o tipo de comportamento interpessoal descrito como "Dócil"(J) e de "Auto-apagamento"(H).

2 - Os tipos de relação interpessoal **competitiva** e **narcisica**: ajustamento através da **competição**,

As operações de segurança deste tipo de ajustamento caracterizam-se, de um modo geral, por uma tendência simultânea à dominância e à hostilidade em relação aos outros, assim como à sua desvalorização.

A personalidade **competitiva**, forma de relação interpessoal com intensidade adaptadora, exprime-se por uma demonstração de superioridade e ascendência na relação interpessoal, segurança excessiva e tendência ao auto-elogio. A preocupação do sujeito com as posições de superioridade e hierarquia nas relações sociais, têm analogias com as preocupações de estatuto das personalidades administrativas. Este último tipo de personalidade tende, no entanto, a produzir nos outros uma aceitação da sua autoridade, pelo reconhecimento que obtem do seu próprio poder. Pelo contrário, a personalidade competitiva, mantém a superioridade através da exploração e da exigência de submissão por parte dos outros. As personalidades competitivas são aparentemente mais ansiosas, em face da ameaça implícita de fragilidade ou dependência. A fraqueza é sentida, em geral, como uma posição humilhante e perigosa.

A atitude interpessoal competitiva está com frequência incluída também na personalidade **narcisica**. Este tipo de personalidade caracteriza-se por uma evidente aprovação de si mesmo, mas com uma auto-estima que depende da demonstração da fraqueza dos outros e da sua própria superioridade. Tal como tínhamos verificado, esta operação de segurança está próxima da utilizada no tipo de ajustamento "administrativo-autocrático", diferindo na quantidade e intensidade do afecto filiativo, implícito na relação interpessoal. A personalidade narcisista coloca, entre si e os outros, um maior distanciamento, tentando produzir-lhes sentimentos de derrota, inveja ou inferioridade; o ênfase que põe na demonstração de uma diferença, no sentido da superioridade, em relação aos outros, produz-lhes a impressão que o

estatuto e poder que possui podem ser usados para os desvalorizar e humilhar.

Na intensidade desadaptadora deste reflexo interpessoal, a pessoa "narcísica-competitiva" exhibe uma "inflação" de si mesmo, compulsivamente, à custa dos outros. Não é capaz de lhes tolerar o sucesso ou a dominância, torna-se consistentemente rejeitante e egoísta e recusa-se a respeitar ou reconhecer-lhes valor. Nos casos em que são frustradas as suas tentativas de obter sucesso, pode tornar-se uma pessoa pomposa e exibicionista. Este tipo de relação tende a desencadear nos outros comportamentos complementares de "Rebeldia" e de "Auto-apagamento".

Estas generalizações são, como é evidente, declarações probabilísticas. A resposta do "outro" é parcialmente determinada pelos seus próprios reflexos interpessoais. Desse modo, uma pessoa cuja personalidade é rigidamente dócil, pode manifestar respostas amigáveis à aproximação narcísica. Pelo contrário, uma pessoa que seja inflexível e competitiva pode reagir, não com sentimentos de humilhação e derrota ao narcisismo de outrém, mas com uma intensificação dos seus próprios reflexos de independência. Ocorre, muitas vezes, uma feroz competição exibicionista entre dois sujeitos. O princípio da relação recíproca, ou comportamento complementar, funciona em muitos casos quando o comportamento competitivo e auto-afirmativo desencadeia inveja, desconfiança, sentimentos de inferioridade ou admiração submissa, isto é, quando BC desencadeia GHIJ.

3 - Os tipos interpessoais **"agressivo - sádico"**: ajustamento através da **agressão**

Nos extremos desadaptadores podem os sujeitos, com este tipo predominante de relação interpessoal, atingir graus elevados de crueldade e de sadismo. Este modo de relação exprime hostilidade, de uma forma directa e intensa, simultaneamente com uma atitude de dominância. Neste comportamento, seleccionado pelo sujeito por ter sido a operação aprendida que se mos-

MODELO DE RELAÇÃO INTERPESSOAL

trou mais eficaz contra a ansiedade, incluem-se os ataques feitos aos outros (verbais ou não verbais), os actos agressivos, os sarcasmos ou as críticas.

Para além da obtenção de segurança, outra finalidade importante deste tipo de relação interpessoal -punitiva ou crítica- consiste na tentativa de provocar culpabilidade nos outros. A função genérica da hostilidade é, ainda, a de lhes provocar, de um modo coercivo, sentimentos de inferioridade e de menos valor. Este modo de relacionamento tende, então, a desencadear nos outros o ressentimento, a desconfiança, a culpa, o medo ou ansiedade. Tende a incitá-los a uma atitude de fraqueza e submissão, embora associada à hostilidade. Na linguagem deste sistema interpessoal, o comportamento "agressivo-sádico" tende a provocar, nos outros, comportamentos complementares de "rebeldia" e de "auto-apagamento" (DE provoca FGH).

4 - Os tipos interpessoais "**rebelde-desconfiado**": ajustamento através da **rebelião**.

Este comportamento interpessoal faz parte de um tipo de personalidade em que a hostilidade e os sentimentos de não filiação, são expressos sem uma tentativa de dominância ou de uso do poder. Os sujeitos sentem-se ao mesmo tempo passivos e sem poder. Na sua relação com os outros mantêm, de uma forma consistente, atributos de ressentimento e de rejeição. Lidam com a ansiedade produzindo uma distância entre eles e os outros. Evitam activamente e compulsivamente as relações de proximidade, de cooperação e de vizinhança. Receiam, como se constituíssem uma ameaça, os sentimentos positivos por parte dos outros. No entanto, esta distância e o desapontamento na relação interpessoal não são muitas vezes procurados voluntariamente. Nos seus ideais conscientes os sujeitos com este tipo predominante de personalidade podem, pelo contrário, experimentar um intenso desejo de proximidade e de contactos afectivos, e o seu isolamento pode ser sentido como insatis-

fatório, intensamente frustrante e acompanhado por vivências depressivas. Apesar disso, manifestam, regularmente, um comportamento reflexo de desconfiança e de ressentimento. Involuntariamente provocam rejeição e punição por parte dos outros e não conseguem tolerar relações duradoiras de conformidade ou de colaboração.

A forma extrema deste tipo interpessoal pode implicar intensas suspeitas, azedume ou rejeição completa de qualquer forma de autoridade. As operações que os sujeitos escolhem, em cada caso particular as mais eficazes para desviar a ansiedade, tornam-nos abertamente amargos e cínicos. Rejeitam qualquer tipo de convenções, sentem que a confiança nos outros, a cooperação e os comportamentos filiativos lhes fazem perder a individualidade e o tipo de ajustamento que escolhem provoca-lhes um sentimento de singularidade que pode ser compensador. Nos casos patológicos, a ansiedade a evitar é extremamente intensa e os doentes têm a expectativa que os sentimentos de amor para consigo próprios ou para com os outros são um prelúdio da ansiedade e da rejeição, donde a sua atitude antecipatória de rejeição amarga dos outros. Nos casos moderados, a operação de segurança, de cepticismo rebelde, tem algumas vantagens adaptadoras para o sujeito e para a sociedade, podendo estar na base de algumas actividades criativas.

Este comportamento tende a desencadear nos outros comportamentos de tipo "Agressivo-Competitivo", isto é de rejeição compulsiva e de superioridade (FG provoca BCD). Este tipo de resposta interpessoal, complementar, tinha já sido descrito por Sullivan, citado por Leary com base num caso clínico. Afirma este autor que uma aproximação desconfiada produz invariavelmente uma atitude desfavorável por parte dos outros, ou seja, de afastamento, condenação e de não filiação. Do ponto de vista clínico, estes autores, encontraram nos sujeitos com este modo de ajustamento correlações significativas com traços de apagamento afectivo e uma, apenas aparente, indiferença de sentimentos. Quando adoeçam têm, em geral, perturba-

ções de tipo caracteriológico, da personalidade esquizóide. De acordo com Leary, muitos dos sintomas das psicoses esquizofrênicas podem ser interpretados como uma comunicação interpessoal centrada no tema da não filiação aversiva ou malevolente, na acentuação da tendência para interpretar mal e atribuir demasiada hostilidade ao comportamento dos outros, e no evitamento dos contactos interpessoais. Em casos extremos, verifica-se um negativismo e uma acentuada retirada social.

5 -Os tipos interpessoais "auto - apagado e masoquista": ajustamento através do auto-apagamento.

É um tipo de relação que, embora implique a existência de submissão, inclui elementos de agressão e hostilidade. Estes sujeitos através das suas operações automáticas e reflexas, treinam os outros para os encararem com desprezo, hostilidade e superioridade, de intensidades variáveis. Inclui todos os comportamentos em que existe abnegação, obediência, submissão, consciência crítica de si próprio e modéstia.

Na sua forma ligeira, estas operações de segurança manifestam-se por uma reserva despretenciosa e pela modéstia. Nos seus extremos, desadaptadores, transforma-se numa auto-humilhação masoquista. Em ambos os casos, pelo uso deste mecanismo geral, a ansiedade é evitada através de uma retirada descrente. Por conseguinte, a finalidade da auto-depreciação é a de ser uma manobra protectora, de segurança, em certas situações da vida, geradoras de ansiedade

Os comportamentos que exprimem ansiedade, vergonha ou autodesvalorização, tendem a desencadear por parte dos outros, comportamentos complementares cruéis, arrogantes, desdenhosos, depreciativos, exploradores, de superioridade e auto-elogio, isto é, comportamentos interpessoais "Agressivos" e "Competitivos" (HI produz BC e DE). A pessoa que actua com retirada culposa tende a treinar os outros a rebaixá-la e a encará-la com vários graus de desprezo. Esta é uma

afirmação probabilística, dado que a interacção recíproca não ocorre em todos os casos.

O auto-apagamento muitas vezes provoca simpatia, numa fase inicial, mas se o reflexo de culpa não se modifica, face a esta resposta positiva do "outro", este vai responder com irritação e desaprovação. Um segundo factor que altera o processo recíproco é a personalidade desse "outro". Se é rigidamente dócil pode não responder com desdém e superioridade. No entanto, estas relações em geral não permanecem duradouras porque o autodepreciador tende a retirar-se desta relação de "igualdade" e provocar a rejeição, através da retirada. Do mesmo modo, tende a personalidade dócil a evitar relações de igualdade e procurar padrões fortes e de orientação. Se dois sujeitos, com aparência submissa, mantêm uma relação duradoura, geralmente há uma reciprocidade de natureza competitiva ou depreciativa. Pelo facto dos indivíduos "auto-apagados" tenderem a provocar nos outros reacções punitivas e de superioridade arrogante, a maior parte das pessoas tendem ao evitamento das relações com as personalidades "masoquistas". O comportamento reflexo e complementar deste está incluído nas personalidades que possuem operações de exploração (C), narcisismo (B) e hostilidade punitiva (D).

A autodepreciação pode ser uma operação adaptadora ou uma operação rígida e desadaptadora. A sua finalidade em evitar a ansiedade, pode não ser conseguida e quando este tipo de personalidade é muito acentuada os sintomas que se manifestam são em geral a ansiedade, a tristeza, a culpa e a auto-desvalorização excessivas. Outras vezes, o que se revela é uma acentuação da dúvida, da ruminação e incerteza obsessivas.

Do ponto de vista social, estes doentes tendem a um silêncio receoso e à insociabilidade que, nos casos extremos, pode mesmo transformar-se numa intensa retirada social.

6 - Os tipos interpessoais ou modos de relação **"dócil-dependente"**: ajustamento através da **docilidade**.

Basicamente, este tipo de personalidade estabelece relações submissas, embora com inclusão de elementos de amizade e de filiação. Na sua forma moderada, esta operação de segurança, exprime-se através de uma conformidade dócil. Na sua forma desadaptadora manifesta-se como desamparo e dependência. O sujeito, nos seus reflexos interpessoais, evita exprimir hostilidade, independência e poder.

A característica principal deste modo de ajustamento é a de constituir uma expressão de fraqueza pessoal que visa obter, da parte dos outros, uma atitude de ajuda. Simultaneamente, o sujeito manifesta, de um modo explícito ou implícito, em relação à outra pessoa, admiração e respeito pela sua força e poder. Deste modo, os comportamentos complementares que tende a desencadear, nos outros, são de tipo "Administrativo" e "Responsável", comportamentos que envolvem uma atitude de dádiva, de conselho, ajuda e apoio. A docilidade estimula respostas de liderança, fortes e apoiantes. Na linguagem interpessoal JK desencadeia AP e NO.

De acordo com Leary, quando este modo de ajustamento através da conformidade dócil possui uma intensidade desadaptadora, resulta num conjunto de sintomas específicos. É frequente a expressão de ansiedade e depressão, assim como de fobias, preocupações excessivas, por exemplo, com a saúde corporal. As fobias estão directamente relacionadas com as operações de docilidade-dependência, na medida em que os sujeitos que as experimentam, num certo grau, dão aos outros a impressão de fraqueza e de desamparo. A personalidade fóbica está situada no contínuo circular entre a fraqueza (HI) e a amabilidade convencional (LM).

7 - O tipo interpessoal ou o comportamento **"cooperativo - ultraconvencional"**: ajustamento através da **cooperação**.

MODELO DE RELAÇÃO INTERPESSOAL

Este modo de relação exprime um afecto positivo, filiativo, com uma nota de submissão. Há da parte do sujeito uma oferta de cooperação, com afectividade e compreensão, para com os outros. A tentativa de procurar uma harmonia e de a manter nas relações interpessoais, é sentida como mais importante do que qualquer expressão auto-afirmativa. Os sujeitos que utilizam estes reflexos interpessoais, sentem-se bem quando evocam "bons sentimentos" e estabelecem relações amigáveis e harmoniosas com os outros. Para eles, são mais importantes os valores aceites socialmente do que os valores internos. São menos capazes de exprimir pontos de vista controversos, únicos e originais. Os sujeitos que exprimem um comportamento, filiativo e agradável, de uma forma rígida e inapropriada, são diagnosticados como possuindo personalidades ultraconvencionais. São personalidades desajustadas que não conseguem tolerar nenhuma crítica ou sentimento de culpa mais forte. Facilmente influenciáveis pelos amigos, procuram permanentemente agradar, ser bem aceites e estabelecer relações positivas com os outros. Os comportamentos interpessoais que são diagnosticados por estas operações de segurança envolvem a expressão compulsiva e repetitiva de uma relação filiativa, de um optimismo rígido, pelo evitamento activo dos sentimentos de depressão. Os sujeitos tendem a interpretar erradamente os comportamentos interpessoais dos outros e a saturar as suas trocas sociais com motivações filiativas. No caso extremo, a pessoa pode ter comportamentos excessivamente efusivos e convencionais, que exprimem um desejo de compromisso sempre que surja qualquer possível desacordo.

Este modo de se relacionar tende a invocar nos outros apoio, comportamentos de aprovação e com atributos de amabilidade, isto é, tende a desencadear um modo de ajustamento "Responsável" e "Cooperativo".

As manifestações clínicas psicopatológicas deste tipo de personalidade não são, de acordo com Leary, frequentes. No estudo que faz verifica que o sintoma mais frequentemente mencionado por este tipo de perso-

nalidades é uma tensão e uma ansiedade generalizada e não específica, em seguida queixas de tipo somático. São sujeitos que pelo seu optimismo, quase "ingénuo", pelas suas tentativas em restabelecer uma visão benevolente do mundo, muitas vezes em discrepância com a realidade, estabelecem uma relação terapêutica fugaz e não estão motivados para uma psicoterapia.

8 - Os tipos interpersonais **"responsável-supranormal"**: ajustamento através da **responsabilidade**.

Neste modo de relação, predomina o afecto positivo. O sujeito oferece aos outros ajuda, apoio e simpatia. Tal como no comportamento "administrativo-autocrático", neste tipo de relação interpe pessoal, está implícita uma confiança no próprio e no seu poder pessoal. No entanto, difere deste por haver uma maior oferta de compreensão e de apoio emocional. Estes sujeitos, utilizam operações de segurança de poder e convencionalidade.

Esta descrição corresponde sobretudo às formas adaptadoras em que o sujeito tenta apresentar-se como uma pessoa "normal", utiliza o poder e a autoconfiança de um modo filiativo. É o tipo de personalidade mais positivo e socialmente construtivo.

Nos casos extremos, o indivíduo tende a sentir-se excessivamente responsável pelos outros, a sacrificar-se em demasia, a tomar uma atitude protectora inadequada e com excessiva preocupação pelo bem estar dos outros. Estes comportamentos reflexos supranormais, inapropriados e desadaptadores, são utilizados duma forma inflexível, rígida ou repetitiva. É também compulsivo o evitamento em assumir um papel agressivo ou hostil para com os outros.

Este modo de estabelecer uma relação, tende a desencadear nos outros o comportamento complementar "Dócil-dependente" e "Cooperativo" (NO desencadeia KL). No entanto, para além desta reacção complementar estar dependente da personalidade do "outro"

MODELO DE RELAÇÃO INTERPESSOAL

com quem os sujeitos se relacionam, quando o comportamento supranormal é extremo e inapropriado pode produzir sentimentos de frustração ou de ressentimento.

A grande maioria dos sujeitos, com este tipo interpessoal de ajustamento, não têm manifestações psicopatológicas originadas numa perturbação da sua relação social. No entanto, Leary e colaboradores verificaram que este modo predominante de personalidade surgia em 23% dos doentes que procuraram os serviços clínicos onde os seus estudos foram realizados, tendo a grande maioria sintomas psicossomáticos. Alguns doentes, com delírios paranóides, apresentavam-se a si mesmos como supranormais ao nível sintomático, comportamento que faz parte do nível I na teoria sistemática da personalidade que temos estado a descrever.

O sistema de personalidade de Leary foi elaborado e desenvolvido com a finalidade de ser funcionalmente útil na clínica psiquiátrica. A sua aplicação foi, nos primeiros anos, restringida ao estudo do comportamento interpessoal, relevante, no momento da avaliação e programação do tratamento com psicoterapia. As investigações generalizaram-se, posteriormente, à avaliação do diagnóstico e prognóstico clínicos em geral, principalmente ao estudo dos doentes com problemas psicossomáticos. O sistema foi também testado relativamente à sua eficácia como método de previsão do comportamento interpessoal em situações não terapêuticas.

Uma última evolução deste sistema, feita ainda por Leary e colaboradores, consistiu no estudo da dinâmica interpessoal, tal como ocorre na terapia de grupo. Foram elaborados métodos para medir o que é designado por "resistência do grupo" e por "personalidade do grupo". O diagnóstico interpessoal num grupo envolvia a avaliação dos padrões de interacção, com indicadores dos níveis múltiplos da personalidade e das relações recíprocas dos membros do grupo.

OS MODELOS DE ANÁLISE DO PROCESSO DE INTERACÇÃO SEGUNDO R. F. BALES

O sistema dimensional de categorização do comportamento social desenvolvido por R. Bales que, na sua forma descritiva, é aplicável à observação de pequenos grupos, parte de um modelo teórico de estrutura e relações interpessoais. Nos trabalhos experimentais de laboratório publicados com Talcott Parsons (1955), sobre a socialização da família e processos de interacção, existia a evidência de que pequenos grupos, sem diferenciação prévia institucionalizada do "status", se diferenciavam espontaneamente numa dimensão hierárquica, que Parsons designa por "poder", no sentido da influência relativa no resultado final dos processos no sistema. Surgia ainda outra diferenciação com referência ao qualitativo- tipo de função no grupo - que se situava entre a função primariamente "instrumental" do grupo e a função primariamente "expressiva". Este estudo e os trabalhos anteriores sobre o desenvolvimento da diferenciação do papel em pequenos grupos (Bales, 1951) e com Parsons e Shils (Working Papers, 1953), conduziram à hipótese de que na família nuclear existiriam características que poderiam ser consideradas como universais na espécie humana, cuja estrutura básica, que incluía a conjugação entre o líder expressivo e instrumental, fazia parte de um tipo genérico de estrutura dos pequenos grupos.

A extensão deste pressuposto aos pequenos grupos conduz à hipótese de que o repertório dos comportamentos sociais é universal, podendo os esquemas de categorização dos actos sociais ser aplicados a uma extensa variedade de situações. A hipótese geral de Bales, relativa à universalidade dos repertórios sociais, é reavaliada, criticamente, por M. Argyle, A. Furnhorn e J. A. Craham (1981) que, citando investigações laboratoriais (de J. A. Craham e

col. e M. Argyle e col.) tentam demonstrar que o repertório social varia com as situações consideradas. Utilizam estes autores, no entanto, técnicas de auto-avaliação em que os sujeitos classificam os elementos das situações sociais que lhe são fornecidas por escrito ou que se pede que imaginem. Pelo contrário, no método de Bales, a categorização dos actos sociais é feita por um observador externo, relativamente a um grupo social em funcionamento efectivo, com posterior avaliação das observações feitas pelos próprios participantes na acção. A natureza dos esquemas é radicalmente distinta nos dois tipos de experiência. Outros autores (como por exemplo Korsch e Nygrete, 1972; Byrne e Long, 1976; Freeman e col., 1971), codificam o comportamento social em situações de comunicação médico-doente, em consulta externa, utilizando a análise de conteúdo dos esquemas verbais com as categorias de Bales ou subdivisões da sua classificação geral dos actos sociais, deduzindo, desses resultados, conjuntos de regras operacionais a serem usadas prospectivamente.

Este tipo de investigações e outras, como por exemplo, o projecto de Bent Preisler (Universidade de Aarhus, Dinamarca citado por Scherer, K. R. e Giles, H, 1979) no qual se procura investigar os correlatos linguísticos das categorias dos actos comunicativos, classificados segundo Bales (1970), explorando a relação entre o papel adoptado pelo interlocutor, numa conversa, e as características do seu discurso verbal, - os marcadores sociais do discurso-, têm um carácter puramente empírico e respeitam aspectos parcelares do sistema de categorização das relações interpessoais.

O modelo de Bales foi-se modificando ao longo dos seus trabalhos, desde a fase inicial (1953) em que partilha com Talcott Parsons da perspectiva estrutural e funcionalista até à construção de uma teoria subjectivista do espaço social psicológico (1975, 1979) em que tenta integrar esta perspectiva com a aproximação, antagónica, da "teoria do conflito" na mudança social de Dahrendorf (1958).

No que se refere à codificação do comportamento

MODELO RELAÇÃO INTERPESSOAL

interpessoal dos sujeitos em pequenos grupos, do ponto de vista do método e teorização utilizados por Bales, podem considerar-se três fases nos seus trabalhos:

- a) sistema de 12 categorias para a análise do processo de interacção social (Bales, 1950);
- b) escalas de avaliação interpessoal com 26 itens (Bales, 1970);
- c) sistema de observação do grupo a níveis múltiplos (Bales, Cohen, 1975; Bales, 1979).

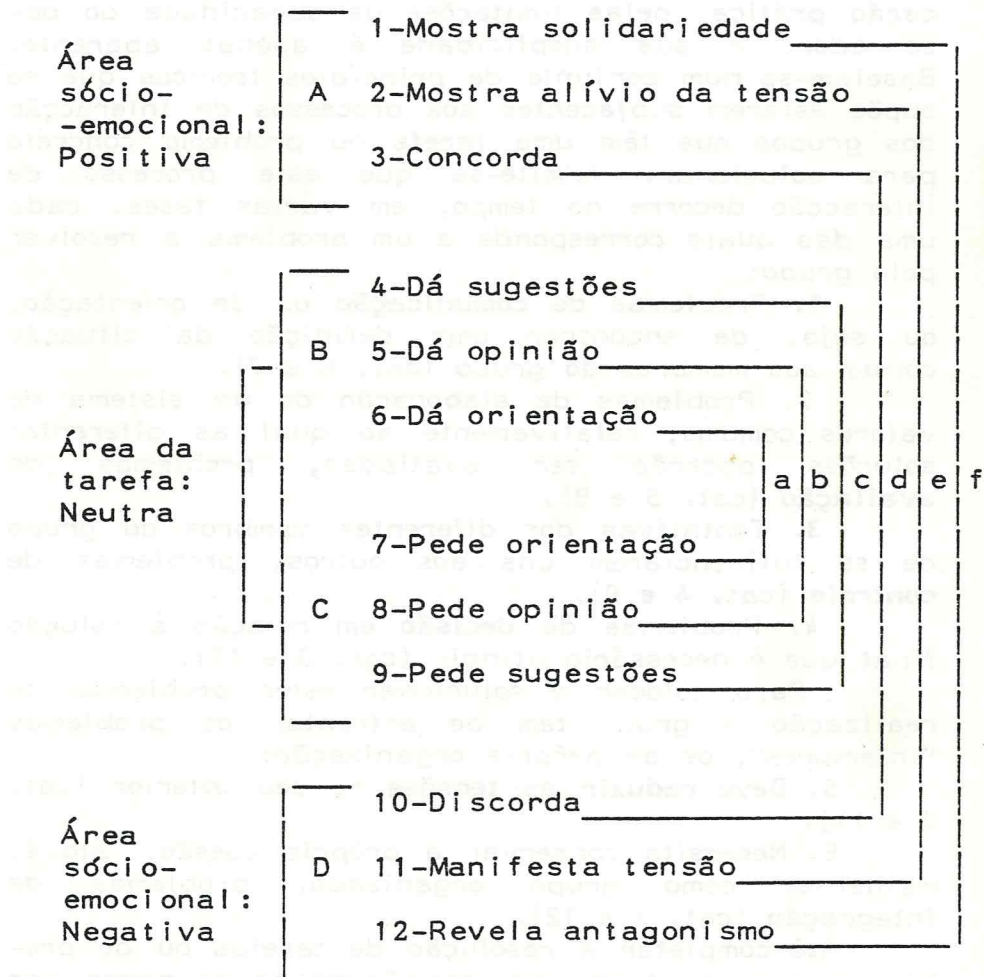
As categorias usadas por Bales, que são descritas sumariamente na tabela seguinte, caracterizam a função do acto social no processo de interacção entre a pessoa que o inicia (o actuante) e a pessoa para o qual se destina (o objecto) em pequenos grupos orientados para uma tarefa.

- 1 - Mostra solidariedade, eleva o "status" do outro, dá ajuda ou recompensa.
- 2 - Mostra alívio da tensão, brinca, ri, mostra satisfação.
- 3 - Concorde, mostra aceitação passiva, compreende, coopera, conforma-se.
- 4 - Dá sugestões, directrizes, implicando autonomia dos outros.
- 5 - Dá opinião, avaliação, análise, exprime sentimentos ou desejos.
- 6 - Dá orientação, informação, repete, esclarece, confirma.
- 7 - Pede orientação, informação, repetição, confirmação.
- 8 - Pede opinião, avaliação, análise, expressão de sentimentos.
- 9 - Pede sugestões, directrizes, modos possíveis da acção.
- 10 - Discorda, mostra rejeição passiva, formalidade, recusa ajuda.
- 11 - Manifesta tensão, pede ajuda, retira-se da discussão.
- 12 - Revela antagonismo, diminui o "status" dos outros, defende-se ou afirma-se.

MODELO RELAÇÃO INTERPESSOAL

No quadro seguinte (3.2) estão esquematizadas de acordo com Bales (1950).

Quadro 3.2 -Categorias de Bales(1950).



MODELO RELAÇÃO INTERPESSOAL

a) Problemas de Comunicação, b) Problemas de Avaliação, c) Problemas de Controle, d) Problemas de Decisão, e) Problemas de Redução da Tensão, f) Problemas de Integração. A) Reações Positivas, B) Tentativas de Resposta, C) Perguntas, D) Reações Negativas.

Estas categorias, que permitem descrever de um modo operacional o comportamento social, são relativamente reduzidas, em número, por exigências da aplicação prática, pelas limitações da capacidade do observador. A sua simplicidade é apenas aparente. Baseiam-se num conjunto de princípios teóricos que se supõe estarem subjacentes aos processos de interacção dos grupos que têm uma tarefa ou problema concreto para solucionar. Admite-se que este processo de interacção decorre no tempo, em várias fases, cada uma das quais corresponde a um problema a resolver pelo grupo:

1. Problemas de **comunicação** ou de orientação, ou seja, de encontrar uma definição da situação comum aos membros do grupo (cat. 6 e 7).

2. Problemas de elaboração de um sistema de valores comuns, relativamente ao qual as diferentes soluções poderão ser avaliadas, problemas de **avaliação** (cat. 5 e 8).

3. Tentativas dos diferentes membros do grupo de se influenciarem uns aos outros, problemas de **controle** (cat. 4 e 9).

4. Problemas de **decisão** em relação à solução final que é necessário atingir (cat. 3 e 10).

Para colocar e solucionar estes problemas de realização o grupo tem de enfrentar os problemas "interiores", os da própria organização:

5. Deve **reduzir as tensões** no seu interior (cat. 2 e 11).

6. Necessita conservar a própria coesão, isto é, manter-se como grupo organizado, problemas de **integração** (cat. 1 e 12).

Até completar a resolução de tarefas ou de problemas que envolvem uma decisão, o grupo passa por estas fases, qualitativamente diferentes, durante o

período total e contínuo da interacção. Admite Bales em 1951 que a sequência se iniciaria com os problemas de orientação, em seguida de avaliação e subsequentemente de controle. Associadas a estas transições haveria, ao longo do tempo, um aumento da frequência das reacções positivas e negativas.

A estrutura social "pequenos grupos" é de, acordo com Bales (1950), definida arbitrariamente como um qualquer número de pessoas envolvidas numa relação interpessoal face-a-face, na qual cada membro recebe alguma impressão ou percepção de cada um dos outros, suficientemente distinta de modo a permitir-lhe (nesse momento ou posteriormente), sob solicitação, uma resposta individualizada e consciente. O conjunto de categorias de interacção constitui um quadro de referência geral para a observação e pode ser utilizado para a obtenção de uma série de índices descritivos sobre a estrutura e dinâmica da interacção em pequenos grupos. Têm um grau de generalidade relativo ao processo de comunicação e são independentes do conteúdo temático das discussões entre os membros de um grupo. Possibilitam uma análise inclusiva - cada acto que pode ser observado também pode ser classificado - e contínua, pelo registo de todos os actos observados. Esta exigência de registo permanente faz com que o observador, pela necessidade de exactidão, não possa fazer inferências complexas sobre o que está a decorrer no grupo e seja forçado a limitar-se ao significado de superfície das interacções. Neste sistema, a **unidade mínima de análise**, acto ou interacção singular, é o mais pequeno segmento detectável de comportamento verbal e não verbal que pode ser identificado pelo observador utilizando o conjunto de categorias em condições de registo contínuo.

O modelo de Bales, de categorização dos actos sociais de interacção, evoluiu para a construção de modelos teóricos e probabilísticos em que os dados produzidos eram, posteriormente, comparados com os dados empiricamente obtidos. Um conjunto de postulados definidos à-priori tornou-se uma necessidade para a elaboração do modelo. Uma qualquer interacção num

pequeno grupo consiste numa série de actos considerados sequencialmente para cada um dos quais são conhecidos três itens: a pessoa que o inicia, a pessoa(s) para o qual é dirigido e a função no processo de comunicação (categoria). Dada uma sequência de acontecimentos, pode determinar-se não só o número total de cada um dos tipos de actos, como as mudanças de acto e de categoria. Bales distingue dois tipos de actos: "proactivos" e "retroactivos". Um acto que é uma continuação directa pelo mesmo membro que produziu o último acto é chamado "proactivo". Um acto que se segue imediatamente ao último acto de outro membro é designado como "retroactivo" (Bales, 1953).

Com esta distinção pode definir-se na "Matriz de Tendências Proactivas" (MTP) a probabilidade condicional que um acto proactivo seja da categoria i se o acto precedente for de categoria j e na "Matriz de Tendências Retroactivas" (MTR), a probabilidade condicional que um acto retroactivo seja da categoria i se o precedente for de categoria j . Dado que são doze as categorias de Bales, estas matrizes estocásticas são de 12×12 . Se considerarmos, em vez das categorias isoladas, a sua condensação nas quatro áreas (reações positivas, respostas, perguntas e reações negativas), a matriz da probabilidade das tendências proactivas e retroactivas é uma matriz de 4×4 .

Em relação ao número total de membros de cada grupo (m), são ainda definidos dois vectores de probabilidade, designados por "oportunidades" proactivas e retroactivas. Os seus componentes - P_i , com i de 1 até m ($p_1, p_2, \dots, p_m$, de soma igual à unidade) - são, para o vector m de probabilidade proactiva (OTP) as probabilidades P_i de que um actuante i o seja do acto $n+1$ se o tiver sido do acto n , e para o vector de probabilidade retroactiva (OTR) a probabilidade que o actuante i faça o acto $n+1$ se este fôr um acto "retroactivo" ($r_1, r_2, \dots, r_n$). Para cada membro do grupo existe uma probabilidade de repetir o mesmo acto, de acordo com o vector de oportunidades proactivas e ainda com o valor de probabilidade de cada

categoria que pode ser obtido na matriz proactiva. Se o acto é produzido por outro actuante j , tem a probabilidade $1/m-1$ (dado que um dos actuates fica eliminado) e o valor de probabilidade da categoria que o define pode ser obtido na matriz retroactiva. Uma vez o acto produzido pelo actuante j , o valor de probabilidade ou oportunidade proactiva é utilizado para decidir se esse actuante continuará com um acto proactivo ou não. A determinação de qual dos membros do grupo será o objecto de um acto retroactivo ou proactivo depende do tipo de categoria no presente acto e no acto anterior e pode ser feita através de uma tabela de "regras de ordem" definida por Bales.

O modelo de Bales contém o que ele designa por um "processo de aprendizagem". Os vectores OTP e OTR têm à partida uma distribuição equivalente de probabilidade, mas à medida que o processo de grupo vai decorrendo, no tempo, as probabilidades de ocorrência de um certo tipo de acto, para cada membro do grupo, vão-se modificando. Por exemplo, a probabilidade para um acto proactivo aumenta se o actuante é objecto de um acto das categorias 1, 2 e 3 (respectivamente "mostra solidariedade", "mostra alívio de tensão" e "concorda") da área das reacções positivas; diminui se o actuante é o objecto de um acto das categorias 10, 11 e 12 ("discorda", "mostra tensão" e "mostra antagonismo") da área das reacções negativas e para os actos pertencentes às outras áreas (tentativas de resposta ou perguntas), a probabilidade não se modifica.

Este modelo probabilístico foi simulado em computador por Gorden H. Lewis (1970) e os dados obtidos na simulação foram comparados com dados obtidos em grupos reais. Tenta demonstrar, este autor, que o modelo não é adequado do ponto de vista matemático para a representação do processo de iniciação de um acto num grupo e que a simulação em computador revela certas contradições do modelo e o seu carácter inacabado no que respeita ao poder generativo. No entanto, esta crítica refere-se a aspectos matemáticos operacionais e probabilísticos do modelo e não às suas

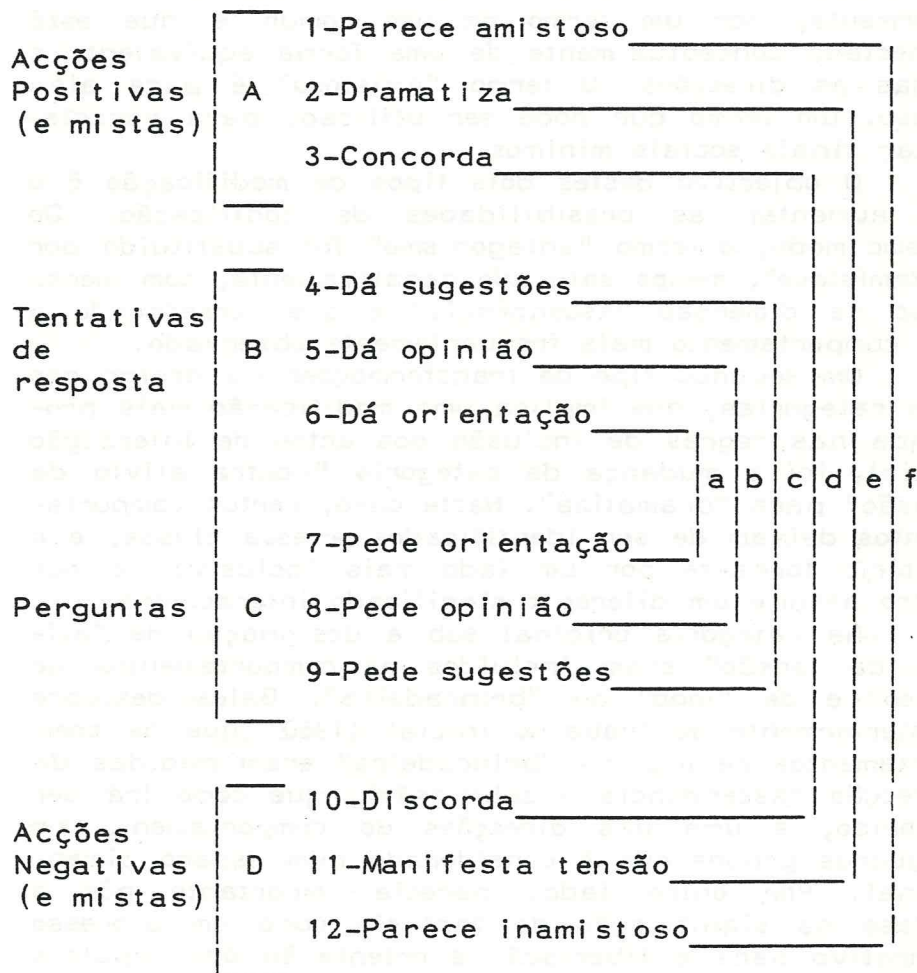
primitivas, isto é, à definição dos elementos do acto social e à categorização proposta por Bales. O modelo que descrevemos designado por Bales de T5 é o quinto de uma série de modelos "temporários", tendo os anteriores sido por ele rejeitados pela impossibilidade de produzir dados concordantes com os observados.

Utilizando esta grelha de categorias para análise do processo de interacção em pequenos grupos foram realizadas um extenso número de investigações, entre as quais podemos citar, por exemplo, os estudos sobre a diferenciação da liderança do grupo nas dimensões da popularidade ou instrumentalidade (Bales, 1953; Bales e Slater, 1955; Bales, 1965). Uma outra segunda fase da categorização desenvolvida por R. Bales (1970) consistiu na elaboração de escalas de avaliação interpessoal, do próprio e dos outros, em que cada item corresponde às coordenadas de um espaço tridimensional que representa a interacção social do sujeito. Neste trabalho é revisto o método de análise do processo de interacção (I.P.A.), que estava focado sobretudo no comportamento interpessoal manifesto, é apresentado um método para analisar as declarações dos membros do grupo referentes às atitudes e valores que constituem a base e o racional das normas do grupo e é desenvolvida uma técnica para o reconhecimento e interpretação dos temas de fantasia do grupo. Estes métodos permitem, a partir da observação sistemática de interacções, em situações naturais, obter uma previsão do modo como cada membro do grupo seria codificado, se submetido a uma variedade de testes de personalidade. Foram aplicados não só a grupos centrados sobre uma tarefa como a grupos designados por "auto-analíticos", isto é, que lidam mais com os próprios processos e problemas internos do que com tarefas exteriores. Os actos do grupo, nos aspectos formais da comunicação, ou seja, a "análise do processo" (de como se comunica) por oposição à "análise do conteúdo" (o que se comunica), são classificados sequencialmente com as categorias de interacção. Neste trabalho Bales propõe uma modificação nas 12 categorias de análise do processo de

MODELO RELAÇÃO INTERPESSOAL

interacção como pode ser observado no Quadro 3.3. As modificações foram efectuadas após estudos da frequência com que as categorias eram utilizadas, assim como da avaliação do seu poder discriminativo em relação à separação dimensional.

Quadro 3.3 -Categorias de Bales(1970)



As modificações na designação do tipo de acção a ser codificada foram feitas, em relação a certas categorias, com a finalidade de aumentar a extensão dos actos categorizados. Nas categorias 1 e 12 o termo "mostra" foi modificado para "parece", com o objectivo de encorajar o observador a codificar nesta categoria os sinais mesmo mínimos da presença de sentimentos sociais positivos. A alteração do termo "solidariedade" para "amistoso", visa substituir um termo técnico, com conotações normativas e na direcção ascendente da classificação dimensional que descreveremos posteriormente, por um termo de uso comum e que está conectado conceptualmente de uma forma equivalente a todas as direcções. O termo "amistoso" é para além disso, um termo que pode ser utilizado para caracterizar sinais sociais mínimos.

O objectivo destes dois tipos de modificação é o de aumentar as possibilidades de codificação. Do mesmo modo, o termo "antagonismo" foi substituído por "inamistoso", menos saturado negativamente, com menos peso na dimensão "ascendência" e que corresponde a um comportamento mais frequentemente observado.

Um segundo tipo de transformações na designação das categorias, que implica uma modificação mais profunda nas regras de inclusão dos actos de interacção social, foi a mudança da categoria "mostra alívio da tensão" para "dramatiza". Neste caso, certos comportamentos deixam de ser identificados a esta classe, e o critério torna-se por um lado mais inclusivo, e por outro assume um diferente significado interaccional.

Na categoria original sob a designação de "alívio da tensão" eram incluídos os comportamentos de "riso" e de "jogo" ou "brincadeira". Bales descobre posteriormente ao trabalho inicial (1950) que os comportamentos de jogo ou "brincadeira" eram medidas da direcção "ascendência - submissão", que como irá ser referido, é uma das direcções do comportamento em pequenos grupos que é considerado num espaço dimensional. Por outro lado, parecia importante pôr o ênfase na significação da fantasia como um processo formativo para a libertação e orientação dos impulsos

em contraste com a significação que era atribuída à influência formativa dos valores ou normas sociais. A designação "dramatiza" permite desse modo registrar actos que têm um duplo significado, um significado simbólico. A experiência na observação de grupos em efectivo funcionamento revelara ser desejável encontrar uma categoria que permitisse o registo de actos sociais que numa situação de tensão ou de conflito fossem caracterizados pela sua natureza de "respostas tangenciais" à discussão. Estes actos consistiam em repetições, aparentemente triviais, de certas palavras ou frases, que Bales identifica com as "duplas referências" a pessoas, objectos, sentimentos ou emoções presentes no grupo, formuladas de um modo inconsciente. O termo "dramatiza" denota uma categoria que inclui todos os casos em que o observador acha que pode haver um duplo significado envolvido na expressão verbal do sujeito cujo comportamento social face ao grupo está a ser registado. De um modo geral, as mudanças introduzidas por Bales permitem uma definição que, sem perda de rigor, facilite aos observadores, a codificação dos actos sociais com vista a um aumento do poder discriminativo das categorias de análise.

Nesta fase do modelo de Bales, que estamos a analisar, foi introduzida a possibilidade de reconhecer as fantasias dos membros do grupo. Estes temas referentes às imagens, símbolos e metáforas, contidas nos actos sociais, são analisados pelo método de análise de conteúdo e codificados através de uma lista de 26 questões descritivas, cada uma das quais representa um ponto no espaço dimensional. De um modo idêntico, são codificados os julgamentos de valor sobre as comunicações dos membros do grupo, através de um questionário de perfil de valores de 114 items, desenvolvido por Bales e Couch (1970).

A concepção espacial dos actos sociais teve várias formulações na obra de Bales, no decurso do tempo, de acordo com as pesquisas teóricas e experimentais que iam sendo realizadas. Mantem-se constante a noção ou hipótese de que são três as dimensões independentes e suficientes para classificar ou catego-

rizar os comportamentos em pequenos grupos. Nos seus trabalhos sobre a liderança em grupos restritos, começa por utilizar os três factores descritos por Carter e Couch (1952) e por Carter (1954) como dimensões subjacentes aos julgamentos que os indivíduos fazem uns sobre os outros, quer sejam observadores, quer sejam membros de um grupo. Apoiado numa série de estudos de análise factorial, Carter descreve 3 factores:

1. Superioridade e realização individual. Comportamentos dos indivíduos, ligados aos seus esforços para se valorizarem em relação aos outros e para realizarem, individualmente, os objectivos pessoais, designado por Bales como "actividade".

2. Ajuda para a realização das finalidades do grupo. Comportamentos do indivíduo ligados aos seus esforços para ajudar o grupo a atingir os seus objectivos, para os quais está orientado e que Bales denomina "competência na tarefa".

3. Sociabilidade. Comportamento do indivíduo ligado aos seus esforços para estabelecer e manter relações cordiais e socialmente satisfatórias com os outros membros do grupo, "simpatia suscitada", de acordo com Bales.

Este autor designa também os factores citados, objecto de inúmeros estudos de interacção social, por "Poder", "Tarefa" e "Afecto". Constituem 3 eixos ortogonais que definem um espaço euclidiano, em termos dos quais é descrita a dinâmica dos pequenos grupos; são qualidades de interacção consideradas num continuum entre dois polos opostos. O eixo de "poder" também denominado de "ascendência" tem um polo superior, de poder elevado, e um polo inferior, de submissão ou de ausência de poder. O eixo "affecto" tem um polo correspondente aos comportamentos que tendem a favorecer nos membros do grupo, sentimentos ou afectos positivos, e um polo oposto que é caracterizado pelos comportamentos que tendem a favorecer sentimentos negativos. O eixo da "tarefa" oscila entre os polos: a favor da tarefa (pró-tarefa), no sentido do progresso ou resolução do problema, ou contra a tarefa (anti-tarefa), no sentido do recuo.

De acordo com os pressupostos dimensionais Bales constrói um questionário, de auto-avaliação, com 26 items, cada um deles correspondendo a uma posição no espaço (à posição central não corresponde nenhum item no questionário por ser um ponto neutro), que permite aos sujeitos categorizarem o seu próprio comportamento e o dos outros após ter ocorrido um processo de interacção em grupo.

Em qualquer dos momentos da actividade do grupo os sujeitos, tomados individualmente, ou as características médias do processo de grupo, podem ser representadas neste espaço tridimensional. Podem, com este mesmo método, ser também representadas e analisadas as mudanças que ocorrem no tempo. De acordo com os diferentes posicionamentos de cada tipo de sujeitos, nas áreas definidas por este "espaço sócio-psicológico" (27 áreas correspondendo à posição central e às 26 combinações entre os polos), Bales (1970) define "tipos" de personalidade ou padrões de comportamento. Estabelece, com os resultados desta análise do processo de interacção, uma correlação com os traços de personalidade dos mesmos sujeitos, quantificados através de questionários: 16 P F de Cattell, M M P I, Thurstone, etc.

Uma validação, independente, desta concepção tridimensional do espaço sócio-psicológico de Bales, com utilização do questionário de auto-avaliação, foi feita por Matheson W. (1972). Os resultados da análise factorial de 7.202 respostas apoiam o conceito de "direcções ou dimensões sócio-psicológicas" e de espaço de grupo revelando uma marcada conformidade com as previsões de Bales.

A evolução posterior do modelo (Bales, Cohen, 1975, Bales, 1979) é no sentido da introdução de novas hipóteses teórico-experimentais. A concepção de um espaço de dimensões ortogonais, ou independentes entre si, é mantida (embora as designações tenham algumas variações) mas o comportamento social é agora considerado como possuindo níveis múltiplos de significado. Bales e col. constroem assim um sistema de observação designado por "Sistema de observação

de grupos a níveis múltiplos" (SYMLOG - Systematic Multiple Level Observation of Groups, 1975).

Este sistema está baseado na "Teoria sistemática de campo a níveis múltiplos", corpo de hipóteses e de conceitos que Bales desenvolve baseado em novos métodos de observação do comportamento social em pequenos grupos "auto-analíticos" e resultante de um extenso esforço de investigação. Nesta teoria, o ênfase é posto na visão dinâmica do grupo no seu todo, e na dinâmica das personalidades individuais, na qual são manifestas as influências da teoria clássica psicanalítica e da teoria gestáltica de campo de Lewin, embora com diferenças substanciais. Entre estas poderíamos mencionar como exemplo o facto de nenhuma das teorias referidas partir da interacção social, como uma realidade primária, e de não terem conduzido ao desenvolvimento de métodos para a sua medida. Os níveis, de análise da dinâmica social e individual, foram conceptualizados por Bales no mesmo sistema dimensional. Este método possibilita a observação, quantificação e representação dimensional do campo perceptivo de cada um dos indivíduos e do campo de interacção social do grupo em que estão incluídos. É uma teoria de campos múltiplos que toma em linha de conta: 1) cada campo individual perceptivo num dado tempo; 2) o nível múltiplo de comportamentos de cada indivíduo considerado isoladamente num dado tempo; 3) o processo de interacção entre os sujeitos ao longo do tempo; 4) a relação que se desenvolve de cada sujeito em relação a cada outro indivíduo no grupo; 5) o padrão geral de constelação do grupo inclusivo ou campo de interacção social durante um certo período de tempo; e 6) as modificações dinâmicas ao longo do tempo no campo de interacção social.

Bales (1979) afirma a sua posição como uma tentativa de ultrapassar o conflito teórico entre as posições sociológicas que para a interpretação de um campo de interacção social colocam o ênfase na influência das normas e valores comuns, como por exemplo, na teoria estrutural - funcional de Talcott

MODELO RELAÇÃO INTERPESSOAL

Parsons, ou pelo contrário nos conflitos de interesses entre os vários participantes na acção, como na teoria do conflito de Dahendorf. No sistema de Bales é reconhecido o papel quer da unificação quer da polarização, mas a preponderância de um ou de outro dos processos de interacção é determinada empiricamente, e pode variar com o campo de interacção social considerado. A sua teoria tem aspectos comuns com a teoria de interacção simbólica (Mead, 1934; Blumer, 1969; Goffman, 1959), pela importância que atribui à auto-imagem, à definição individual da situação e ainda no facto da comunicação do "significado" ser concebida como tendo um maior peso na forma e conteúdo da interacção social do que no substracto físico do comportamento. De acordo com Bales, a teoria "Symlog" de campo é essencialmente fenomenológica. Embora baseada em "observações" do comportamento, num sentido lato, toma em consideração a visão subjectiva e as vivências de cada sujeito actuante no grupo, sendo a "definição" individual da situação considerada como um dos elementos determinantes da relação interpessoal. Nesta teoria, um papel saliente é ainda atribuído aos níveis de significado e de símbolo.

O sistema de observação de grupos a níveis múltiplos (SYMLOG)

O método de Bales para a descrição da interacção social em pequenos grupos de sujeitos fornece, como sintetizamos, um sistema teórico de referência e uma linguagem para descrever o comportamento e o conteúdo da comunicação, a vários níveis do campo simbólico. É um sistema adaptável a diversos tipos de grupos e situações naturais, embora tenha sido desenhado para grupos "auto-analíticos" em que um grupo e um observador externo cooperam num processo de aprendizagem. A interacção social é representada num modelo espacial em que os actos sociais observa-

dos são classificados ao longo das três dimensões principais: de "ascendente ou dominante" a "submissa", de "positiva e amigável" a "negativa ou hostil" e de "instrumental" a "expressiva".

Cada uma das dimensões, que neste sistema são consideradas ortogonais ou independentes, define três classes de posicionamentos que podem assumir os actos sociais, em cada um dos extremos e no ponto central, sendo 26 o número total de combinações entre eles. Estas constituem um código direccional em termos do qual cada acto significativo do grupo é classificado pelo observador.

A dimensão **ascendente** ou **dominante** (U) versus a **submissa** (D) corresponde à anteriormente definida como o eixo do "poder"; a dimensão com um polo **positivo** ou **amigável** (P) e o seu oposto **negativo** ou **hostil** (N) é o eixo designado por "afectivo" e, finalmente, a dimensão **instrumental** (F) versus a **expressiva** (B) corresponde ao eixo da "tarefa". Em relação a esta última dimensão deve notar-se o seguinte: o termo instrumental é utilizado no sentido de "orientado-para-a-tarefa" mas também de "valor-controlado". Isto é, corresponde não só aos comportamentos orientados para a resolução dos problemas do grupo como aos julgamentos de valor, ou controle intelectual de ordem superior, utilizados pelo sujeito (actuante) em relação às escolhas, decisões e tentativas de as implementar no grupo. Para conseguir este objectivo, o sujeito tende a moderar ou controlar os seus sentimentos espontâneos e emoções, aguarda ou promove instrumentalmente uma posterior gratificação. É neste sentido que este polo "instrumental" se opõe ao "expressivo", podendo, este último, significar quer a ausência, quer o evitamento do valor-controlado, ou seja, da expressão emocional de um controle intelectual (ou julgamento de valor) de ordem superior.

O nível mais simples, designado por **nível de comportamento** engloba dois tipos gerais de interacção:

- 1) acções físicas directas e intencionais ou processos de interacção verbal.
- 2) sinais não verbais de emoção ou atitudes não

intencionais.

O nível seguinte é um nível global que corresponde à presença de uma **imagem**, constructo teórico, que designa uma configuração verbal, física ou puramente mental, em que a atenção do sujeito se focaliza e que possui um importante potencial emocional.

O nível mais elevado de comportamento é o nível dos **julgamentos de valor** feitos pelo actuante, ou pessoa na sua capacidade de actuar vista da perspectiva do observador, acerca dos elementos da imagem, julgamento que lhes pode ser contrário ou favorável, isto é, com atribuição de um valor negativo ou positivo à imagem.

O modelo fornece um sistema de categorização do comportamento no decurso de uma interacção social, sendo o registo feito por um observador externo à medida que os membros do grupo vão interagindo. Após as sessões, é-lhes solicitada uma descrição do comportamento, do próprio e dos outros participantes, pelo preenchimento de uma escala de avaliação, cujos resultados são posteriormente comunicados ao grupo. O que é classificado pelo observador externo é uma sucessão de "frases" ou "mensagens" que correspondem à formalização do juízo do observador sobre a ocorrência dum "acontecimento significativo" no processo de grupo. É este quem decide, de acordo com a sua percepção, da significância dos acontecimentos ou actos sociais dos membros do grupo. O critério de selecção de entre o campo mais vasto de acontecimentos, será o seguinte: é um acontecimento "significante" o que "tem impacto no processo do grupo e que aumentaria a compreensão dos seus membros sobre si próprios e sobre as suas relações com o grupo se dele tomassem conhecimento" (Bales e Cohen, 1975). O acontecimento que será codificado terá que ter a qualidade de ser suficientemente saliente ou distinto, de modo a que os membros do grupo o possam reconhecer e recordar, face à "mensagem" do observador, ou seja, deverá ter, não só relevância, como um potencial de comunicação. Um acontecimento pode ser significativo

se, por exemplo: é característico do sujeito actuante e evidencia a sua personalidade, permite definir as relações entre dois ou mais membros do grupo, é importante para a compreensão dos estados de humor e conflitos do grupo, etc. A "mensagem" que é uma interpretação do observador será lida posteriormente pelo actuante cujo comportamento está a ser interpretado.

Uma das hipóteses importantes deste sistema é a de que as dimensões ou direcções do sistema se aproximam da estrutura cognitiva que as pessoas usam, em geral, para avaliar e categorizar os actos sociais. Este modelo espacial é também, segundo Bales, uma teoria acerca das reacções avaliadoras que os membros de qualquer pequeno grupo tendem a ter acerca dos actos dos outros, quando interagem durante um longo período. Admite-se que, estas dimensões "avaliativas", tenham tendência a constituir-se desde que num pequeno grupo tenha lugar uma interacção. Na avaliação social as dimensões referidas são as que assumem maior importância, e resultam de uma classificação cognitiva conjunta pela parte dos sujeitos, enquanto receptores dos actos sociais, das atitudes dos sujeitos actuantes e das propriedades dos objectos que são consideradas semelhantes pelos membros do grupo. As reacções avaliadoras de cada sujeito, como receptor, tornam-se uma parte importante do reforço que receberá, enquanto actuante, em qualquer situação de pequeno grupo. Pode, segundo Bales, falar-se apropriadamente em motivações para o comportamento definido nos polos dimensionais (complexas, aprendidas e condicionantes da estabilidade do grupo e da situação): motivação para o comportamento ascendente, motivação para o comportamento positivo ou negativo e motivação para o comportamento instrumental ou expressivo. Desde que esteja presente uma "pressão" motivacional é muito provável que a direcionalidade dessa motivação se revele a algum nível. Pode supor-se, por exemplo, que os sentimentos agressivos tendam a aumentar a probabilidade de intensificação de certos comportamentos, em alguns dos

MODELO RELAÇÃO INTERPESSOAL

níveis, no sentido da direcção ascendente ou dominante e simultaneamente negativa e hostil.

Outras noções relevantes neste sistema são as de "unificação" ou de "polarização". Num campo de interacção social as atitudes do grupo podem convergir, as imagens serem percebidas como semelhantes em alguns dos seus aspectos e haver, por conseguinte, uma unificação na direcção dos comportamentos. Pelo contrário as atitudes do grupo podem polarizar-se ou existir discordância acerca de uma qualquer imagem ou dos seus elementos.

Cada "mensagem" SYMLOG é um registo da observação a níveis múltiplos e nas várias direcções ou dimensões de avaliação. Uma descrição mais detalhada de cada nível, tornará mais evidente o grau de elaboração deste sistema de observação.

1. Nível de comportamento: inclui dois subníveis ACT e NON

a) **Nível ACT-actuação-** é o nível da comunicação aberta, da expressão directa e imediata das atitudes na interacção social. Não é necessariamente o conteúdo da comunicação que é codificado neste nível, mas a sua forma ou modo de expressão, visto na perspectiva do "outro", do que recebe o acto ou o gesto comunicativo. O comportamento neste nível tem um certo grau de intencionalidade e de controle consciente da parte do sujeito que actua. Embora raramente, estes actos de comunicação verbal podem acompanhar-se de acções físicas directas e intencionais.

b) **Nível NON - não verbal** - refere-se ao nível não verbal de comunicação, aos sinais não verbais da emoção ou das atitudes, a nível da expressão facial, da postura e dos movimentos corporais. Esta categoria não inclui a acção física directa, que é considerada um acto intencionalmente dirigido, ao contrário dos comportamentos designados por não verbais que são considerados como sendo não intencionais.

2. Nível da "Imagem".

Bales, designa por "imagem", como referimos, a representação cognitiva, expressa através de uma configuração física, verbal ou nominal para a qual a atenção do grupo é focalizada, com forte carga emotiva. A imagem possui uma representação interna para o sujeito actuante, cuja origem é a percepção de algum "objecto" externo ou das recordações e sentimentos despertados por conjuntos de palavras. Os principais tipos de imagens, classificados por ordem do grau decrescente da sua associação com as imagens do "Próprio" são: imagens do "Outro", imagens do "Grupo", imagens da "Situação", imagens da "Sociedade" e imagens da "Fantasia".

De cada um destes tipos de imagens globais, quando presentes, o observador selecciona um elemento específico que classifica direccionalmente. A direcção ou dimensão é a que melhor parece exprimir o significado que o próprio elemento da imagem tem para o sujeito actuante no processo de comunicação e que muitas vezes é o mesmo para os outros membros do grupo.

3. Nível de julgamento de valor (VAL).

Corresponde aos sentimentos ou atitudes do sujeito actuante em duas dimensões: contra ou a favor do elemento da imagem presente. As declarações deste tipo podem ser formuladas de uma forma explícita na intenção de comunicar, ou expressas como uma sugestão com que os outros devem concordar. São referentes ao controle mais elevado, de ordem superior ou ao autocontrole exercido sobre todos os outros níveis. Este nível está relacionado com a formação das normas de grupo.

Os resultados da observação das interacções no grupo e das escalas de auto-avaliação são registados num diagrama de campo, representação gráfica que

MODELO RELAÇÃO INTERPESSOAL

permite avaliar o campo perceptivo individual e o campo de interacção social. O primeiro, que inclui as atitudes e reacções avaliadoras do sujeito actuante, é constituído pelo conjunto de imagens presentes em cada membro do grupo tomado isoladamente. O segundo, é uma entidade dinâmica que engloba todos os campos perceptivos individuais e ainda o comportamento manifesto com que os sujeitos tentam comunicar com os outros os conteúdos dos seus respectivos campos perceptivos e "avaliativos".

O sistema de observação a níveis múltiplos de Bales tem sido largamente utilizado em grupos auto-analíticos, com fins de investigação dos processos de interacção social, e de treino e aprendizagem das técnicas de observação e registo do comportamento social em pequenos grupos.

Os sistemas de classificação interpessoal de Bales e Leary

Analisámos de um modo descritivo e paradigmático dois sistemas de análise das relações interpessoais. Estes sistemas diferem em alguns aspectos essenciais. Já em 1957 Leary criticava o sistema desenvolvido por Bales que designa por "sistema empírico e compreensivo" para classificar o comportamento interpessoal. Comparando com o seu próprio modelo, Leary afirmava que o sistema desenvolvido por Bales era uma importante realização metodológica que diferia do seu em vários aspectos. Não está ligado a uma teoria da personalidade nem a um sistema de medida a níveis múltiplos. A finalidade de Bales é classificar o comportamento mais relevante para determinados objectivos particulares - resolução dos problemas de grupo e processos de terapia de grupo -. Afirma Leary que, pelo contrário, a finalidade do seu sistema interpessoal é "desenvolver um método para medir o comportamento interpessoal coordenado com medidas de comportamento interpessoal a outros níveis da personalidade que se ajustam num padrão de

níveis múltiplos de diagnóstico interpessoal" (Leary, 1975). Como verificámos, a evolução posterior do sistema de Bales é no sentido de introduzir o comportamento de interacção social na dimensão da personalidade, pelo desenvolvimento de uma tipologia interpessoal em correlação com outras medidas da personalidade. Na sua última formulação "SYMLOG", a classificação do comportamento interpessoal é feita a níveis múltiplos, aproximando-se do sistema de Leary. Mantêm-se no entanto, diferenças substanciais entre os dois modelos. Para Bales, a noção de "níveis múltiplos" está inserida na "teoria de campo de níveis múltiplos" e o termo deve ser entendido como correspondendo a campos dinâmicos de interacção social, sendo o comportamento medido em função da interacção manifesta num grupo de pequenas dimensões em funcionamento efectivo. Em Leary, o termo "nível" aplica-se à personalidade individualizada e diz respeito aos aspectos formais e de conteúdo da comunicação interpessoal em sistemas sociais variados, nos quais se inclui a interacção hipotética. Os níveis de comunicação, na relação com os outros, estão englobados numa estrutura da personalidade "total". A descrição do comportamento é feita em Leary, em termos de "mecanismos interpessoais", o que contrasta com o sistema de Bales cuja descrição é feita em termos de "realizações para a resolução de uma tarefa" ou de aspectos formais do processo de interacção em grupo. O seu trabalho sobre a tipologia interpessoal é uma extensão, ao domínio da personalidade, feita de um modo prospectivo dos aspectos estruturais da relação interpessoal. Pelo contrário, no sistema de Leary é a própria dinâmica e estrutura da personalidade que determina a forma da comunicação e da relação interpessoais.

A unidade de interacção é também diferente nos dois sistemas, em Bales é no decurso do funcionamento do pequeno grupo que se terá de isolar a unidade mínima de análise, "é o mais pequeno fragmento isolável do comportamento verbal e não verbal, que o observador possa, com a ajuda do presente sistema

categorial e com uma formação apropriada, classificar em condições de notação contínua. Pode chamar-se a esta medida um "acto" ou melhor ainda uma interacção simples" (Bales, 1950). No sistema de Leary, o fundamental é a análise da personalidade e a unidade mínima de interacção é constituída pelos dados que permitem analisar segmentos, ou dados básicos da personalidade na sua dimensão de comunicação inter-pessoal. Define-os não como acontecimentos expressivos e observáveis, mas como enunciados ou comunicações verbais feitas pelo sujeito, ou pelos outros, acerca do comportamento e actividade interpessoal do próprio, enquanto sujeito de uma interacção social.

O sistema descritivo de Leary é um sistema bidimensional cujas dimensões "domínio - submissão" e "amor-ódio" não coincidem com as três dimensões utilizadas por Bales, embora uma correspondência possa ser encontrada entre a primeira dimensão e a de "ascendência - submissão" e a segunda dimensão e a direcção "positivo - negativo". A diferença essencial é que para Leary as dimensões constituem elementos integrantes da própria tipologia da personalidade, enquanto que para Bales, são direcções de avaliação, isto é, dimensões principais ao longo das quais as pessoas tendem, com maior ou menor frequência, a avaliar e a polarizar as imagens dos outros, o seu comportamento e o conteúdo das suas comunicações. Outros modelos, como o de Eysenk (1954) com as duas dimensões de atitude "conservadora - radical" e "intolerante- tolerante" ou o espaço tridimensional de Osgood (1957) relativo à avaliação do significado, afastam-se dos anteriores, quer em aspectos teóricos quer práticos. Apenas o modelo de Osgood se aproxima do sistema "avaliativo" de Bales.

Uma última distinção é que o modelo de Bales é probabilístico e sequencial e permite uma simulação em computador. Tem mais analogias com os modelos que utilizam uma linguagem formal, embora não seja baseado, na Teoria de Sistemas em sentido estrito, como é o caso do modelo que utilizámos no presente trabalho e que iremos descrever em seguida.

MODELO EXPERIMENTAL DE RELAÇÕES INTERPESSOAIS EM GRUPOS SOCIAIS RESTRITOS (J.SIMÕES DA FONSECA)

Introdução à construção do modelo experimental

O modelo das relações interpessoais em grupos sociais restritos, no quadro de uma Teoria Geral dos Sistemas, utilizado nesta investigação com doentes esquizofrénicos paranóides, foi desenvolvido a partir de 1975 no Laboratório de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa, por J. Simões da Fonseca e colaboradores (Gil, M.T., Figueira, M.L., Horta, M. P., Costa, N.F., Arriaga, F. e Lara, E.). Subjacente a este modelo estão os trabalhos publicados em 1970 em "Signification and Intention", investigações teóricas e empíricas com o desenvolvimento de um cálculo lógico de operadores e ainda de uma série de investigações experimentais realizadas entre 1970 e 1975 sobre a adaptação humana a um meio estruturado, com dados analisados em termos de uma Teoria de Sistemas discretos.

A definição operacional dos conceitos de "Significação" e de "Intenção", permitiu abandonar as descrições estritamente comportamentais das relações interpessoais. A significação de uma palavra ou de um conceito é conhecida quando, a partir de um conjunto de regras de decisão, dada qualquer outra palavra ou conceito, é possível decidir, se pertence ou não à mesma classe dos anteriores. O conceito de intenção aplica-se ao conhecimento das regras de decisão usadas por um sujeito para a produção dos seus actos. Estes conceitos foram interpretados como "funções" ou "operadores" que, actuando sobre outras variáveis ou funções de variáveis, podem assumir vários valores num campo de possíveis argumentos.

Com este quadro de referência teórico, subjacente aos conceitos mencionados, que utiliza como linguagem

formal o cálculo lógico de operadores, aplicado a sistemas discretos, foram reformulados nesta perspectiva os conceitos aplicáveis aos processos psicológicos básicos: aprendizagem, motivação, processos cognitivos, percepção, personalidade e relações interpessoais (J. Simões da Fonseca e col., 1970). Numa segunda fase, um modelo de "resolução de problemas", baseado nalguns dos conceitos desenvolvidos, foi testado em condições laboratoriais e posteriormente simulado em computador com resultados satisfatórios (1973, 1975 e 1978). As variáveis indicadoras, escolhidas para testar a adequação deste modelo, foram as utilizadas para formular a lei matemática que descrevia o comportamento de sujeitos normais, de doentes esquizofrénicos paranóides e neuróticos fóbicos, isto é, para a formulação analítica do "operador de decisão" que generativamente reproduz o comportamento destes sujeitos, quando submetidos à mesma situação experimental. Os processos de decisão, usados pelos sujeitos, eficazes para a resolução do problema que tinham de enfrentar, evoluíam no tempo durante esta aprendizagem de tipo cognitivo. Este processo implica uma mudança, feita de acordo com a experiência adquirida, ou uma transformação das suas regras de decisão. Cada acto do sujeito de experiência é o resultado de uma função de decisão que por sua vez resulta da transformação das funções de decisão imediatamente anteriores. A sucessão de estados, observáveis no comportamento, pode ser representada sob a forma de uma matriz de transições em função do tempo.

A partir dos dados empíricos foi então possível a reconstrução matemática do processo de resolução de problemas, tal como se manifesta em condições laboratoriais em sujeitos normais, esquizofrénicos paranóides e neuróticos fóbicos. A partir da implementação do modelo foram então isolados dois conjuntos de factores de aprendizagem: um factor de reforço, ligado a uma dimensão de utilidade afectiva na tomada de decisão, e um segundo factor, associado às dificuldades envolvidas na formulação de hipóteses subjacentes às

decisões e ao comportamento dos sujeitos. Estes factores foram interpretados pela introdução das noções de "custo afectivo" e de "custo cognitivo". Foi ainda introduzida a noção de "valor". Mais especificamente, a probabilidade de uma transformação nas regras de decisão, é indicadora do seu "valor", estando o "custo" ligado ao resultado de cada transformação. O custo afectivo, depende do sofrimento do sujeito, como consequência da decisão que escolhe; o custo cognitivo, depende da dificuldade de formulação de novas hipóteses, sendo admitida a existência de um "potencial para o escrutínio das hipóteses disponíveis". Este conceito, uma vez introduzido, permitiu a definição de um gradiente de custos e de valores e de um custo médio, o valor médio do custo que tem de ser pago pelo sujeito para resolver os problemas que lhe são colocados. Este último valor, permitiu a separação de diferentes estratégias de tomada de decisão, tal como se revelaram, em diferentes grupos de doentes psiquiátricos.

Os conceitos que temos vindo a explicitar -introduzidos por postulação e validados pela recuperação empírica de distinções clínicas previamente feitas através de variáveis obtidas por inspecção e intuição- formam um corpo teórico que tem subjacente a estrutura de transacção e adaptação do ser humano ao meio ambiente. Neste caso concreto da experiência de "resolução de problemas" é uma interacção não verbal a um ambiente estruturado.

A evolução das investigações com este modelo de base orientou-se, numa terceira fase, para a análise de situações mais complexas de natureza social, isto é, para o estudo das relações interpessoais. Foi possível a aplicação a estes processos psicológicos das mesmas estruturas formais, que incluem um campo básico, um espaço vectorial e uma álgebra de operadores. A unidade básica, escolhida para a análise das relações interpessoais, foi o "grupo" no qual os sujeitos de experiência são introduzidos como operadores com um espaço de qualidades pessoais características. Em situações naturais de grupo social

os comportamentos individuais são determinados por um processo de decisão que depende de um conjunto de operadores característicos, que definem processos psicológicos básicos -capacidades inatas e adquiridas, processos perceptivos, processos motivacionais e afectivos, processos cognitivos e linguísticos- e que actuam sobre o espaço de qualidades pessoais. Os indivíduos, tomados então como operadores, formam estruturas de conexão entre si, operam sobre os estados internos do grupo de modo a produzir uma representação interna, auto-reflexiva, desses mesmos estados. Esta representação, confere uma "significação" ou um conhecimento, a cada indivíduo das relações entre eles, e das regras de decisão características do grupo, regras que não podem ser adoptadas a nível individual, excepto quando o sujeito pertence ao grupo. A "intenção" do grupo pode ser definida por um tipo análogo de relações ou de regras de decisão que actuam no comportamento externo do grupo e nos seus estados internos, de modo a produzir os actos individuais. Em geral, a intenção de um grupo depende da totalidade de relações irreduzíveis, definidas sobre o conjunto dos indivíduos.

Com base nestes conceitos, introduzidos por postulação, situações sociais de grupo foram artificialmente construídas com uma especificação exacta das estruturas referidas. Os sujeitos de experiência, entrando em contacto com esta estrutura, entravam em relação com o grupo. Os dados considerados relevantes para a análise foram: o grau de apreensão do sujeito sobre a estrutura de relações interpessoais, e a sequência lógica da transformação das suas funções de decisão.

Após o estudo dos dados experimentais, foi possível obter o "operador" que transforma as funções de decisão e que representa as estruturas invariantes que caracterizam as relações interpessoais num certo tipo de grupos sociais. Cada função de decisão é constituída, como iremos explicitar mais adiante, por um vector, cujas coordenadas são as variáveis

cognitivas que caracterizam o conteúdo semântico de cada intervenção dos sujeitos, a nível global e a nível particular. A cada um dos componentes do vector está associado um valor referencial de verdade, medida da adequação ou desadequação das comunicações do ponto de vista do experimentador (J.S.da Fonseca e col., 1973)

Admite-se a hipótese de extensão do modelo de interacção social a outras estruturas sociais tais como níveis sócio-políticos e a estados normativos e legais, exteriores ao contexto estritamente médico.

As investigações feitas com este modelo de relações interpessoais envolviam, para além de sujeitos normais, alguns dos principais grupos de diagnóstico, no domínio da psicopatologia. Do mesmo modo, a interacção social, num grupo social restrito, foi estudada experimentalmente, em primeiro lugar, num estudo piloto com sujeitos normais (1981), e posteriormente com outras amostras de normais e de doentes neuróticos e psicóticos (1982, 1983). O modelo de relações interpessoais, cuja implementação exigiu, conforme referimos, o desenvolvimento de um vasto quadro de referência teórico e uma construção rigorosa, pode ser descrito de um ponto de vista puramente empírico. Uma primeira descrição é feita no artigo "When they interact socially do normal subjects know what is happening and is it true what they think?" (J. Simões da Fonseca e col., 1981) e pode ser sintetizada do seguinte modo: as relações interpessoais foram analisadas dentro do contexto da Teoria dos Sistemas discretos. Com essa finalidade desenvolveu-se uma aproximação baseada numa interacção estritamente ritualizada de um grupo de cinco membros com um sujeito a quem periodicamente se solicitava a intervenção através de um conjunto de perguntas feitas a intervalos regulares. Os sujeitos eram confrontados, sem aviso prévio, com quatro diferentes situações sociais. Destas quatro situações que eram simuladas por meio de uma "representação teatral" de um grupo de membros da equipa, a primeira era claramente denotada e a sua identificação era imediata. As

restantes três situações, estavam construídas de modo a que a sua identificação só era possível se os sujeitos fossem capazes de fazer inferências, baseadas num número muito limitado de dados, e de produzir hipóteses adequadas acerca das suas relações com os outros membros do grupo. Os dados obtidos nos quatro tipos de interacção eram rigorosamente registados e subsequentemente classificados, de acordo com categorias que tinham sido previamente especificadas para a construção do modelo matemático da experiência.

Para a elaboração dos quatro diálogos simulados foram utilizados um conjunto de atributos que constituíam o conteúdo semântico de cada uma das situações sociais: (1) atributos relacionais que definem operacionalmente as interacções das personagens, os seus papéis e a participação de cada membro do grupo na situação; (2) atributos afectivos; (3) atributos "avaliativos"; (4) atributos normativos (factuais, normativos, políticos ou éticos em sentido geral). O conjunto de frases que pertencia a cada situação tinham sido previamente escritas, o mais rigorosamente possível, evitando qualquer denotação que permitisse por si só a identificação das situações. As frases foram incluídas em classes de equivalência, de acordo com a sua classificação nos atributos mencionados.

Em qualquer das situações sociais, de cada classe de equivalência de atributos, foram tiradas ao acaso duas frases por interrupção e por personagem. Estas frases, na construção final do diálogo, foram ordenadas numa sequência invariante dos quatro tipos de atributos mencionados, que foram considerados suficientes para caracterizar a situação social a cada interrupção. Com este procedimento, os atributos mantêm uma uniforme e constante probabilidade de distribuição ao longo das quatro situações. Deve assinalar-se, como é referido no artigo que citámos: que quando se fala numa distribuição de probabilidades quase uniforme e constante, deve notar-se que o efectivo conteúdo semântico particular de cada

situação social, se modifica; o que se mantém constante são as mesmas categorias semânticas gerais, em termos das quais as respostas dos sujeitos serão subsequentemente classificadas. Ou seja, a inclusão das frases, lidas pelos membros do grupo nas classes de equivalência, era feita em termos do mesmo critério, com as mesmas categorias semânticas gerais e com o mesmo nível de abstração que era utilizado para classificar posteriormente as frases produzidas pelo sujeito da experiência em resposta às questões colocadas em cada interrupção. Nesse sentido, pode afirmar-se que do ponto de vista do sujeito a **informação** era mantida constante. As transições que ocorriam de interrupção para interrupção e dentro de cada interrupção, apenas exprimiam a capacidade do sujeito para **actualizar e caracterizar** o seu **estado de conhecimento** sobre o grupo (a única variável relevante, seria a que pode estar ligada ao tipo de perguntas a que o sujeito está a responder). Neste contexto, os dados obtidos em cada interrupção são supostos suficientes para "caracterizar e descrever o estado de conhecimento do sujeito, assim como o estado das suas relações com o grupo ou com alguns dos seus membros, ou a compreensão do seu papel ou da finalidade geral dos membros do grupo" (op. cit. 1981).

A leitura das frases, era feita ostensivamente a partir de um papel escrito, de um modo ritualizado, evitando-se qualquer expressividade verbal, mímica ou comportamental.

Em síntese, admite-se como pressupostos:

1 -Durante uma e qualquer interrupção, ao longo da totalidade das interrupções e situações, o mesmo estado de informação factual é mantido constante.

2 -A variação dá-se na capacidade do sujeito para manter constante ou para mudar a estrutura relacional que é capaz de construir. O conjunto de hipóteses de que consegue dispôr, o

carácter estático ou mutável da sua exploração de hipóteses e a compreensão que adquire das relações (do grupo para com ele e dele para com o grupo), dos papéis do próprio e dos outros intervenientes na situação e das finalidades ou intenções do grupo.

3- Não existem referentes externos acerca da adequação das respostas do sujeito, excepto a repetição da informação, na medida, em que os intervenientes na situação não fornecem informação adicional, e em particular, não reforçam positivamente ou negativamente as respostas do sujeito.

A descrição, em maior detalhe, das condições experimentais e dos quatro diálogos ou situações sociais, será feita no capítulo 4 referente ao "Material e Métodos".

Indicadores de aprendizagem e interacção social

A avaliação do estado de conhecimento do sujeito é feita pela classificação das suas respostas, em categorias ou operadores de aprendizagem, de acordo com o modelo referido. Descreveram-se dois grandes tipos de categorias de interacção social.

Numa primeira fase (1981) da descrição dos resultados experimentais, os dados foram codificados num conjunto de variáveis, designadas por **categorias cognitivas de interacção social**, que caracterizam as hipóteses formuladas pelo sujeito, face às situações sociais em geral e aos seus atributos particulares. Posteriormente, (1982, 1983), foram descritos um segundo conjunto de **fenómenos de relação interpessoal** ou **operações de identificação de dados de interacção social** que exprimiam os processos utilizados pelo sujeito para a identificação e manipulação dos dados.

MODELO RELAÇÃO INTERPESSOAL

O estatuto epistemológico destes dois conjuntos de variáveis, é o dos operadores de transformação. O segundo tipo de operadores constitui indicadores de estruturas ou padrões de relação social e revelou, nas investigações efectuadas, um forte poder explicativo em termos de validação cruzada com os dados clínicos, isto é, discriminando significativamente os vários grupos psicopatológicos e os sujeitos normais.

Categorias cognitivas de interacção social

O conjunto de categorias, que iremos descrever, foram utilizadas para a determinação de padrões de "aprendizagem social", em sentido restrito do ponto de vista do modelo desenvolvido (J. Simões da Fonseca, 1982). Admite-se que as hipóteses que o sujeito coloca sobre as situações "reflectem o seu estado de conhecimento e as suas decisões para o exprimir ostensivamente".

As funções de decisão - descritas sob a forma vectorial - são estados sucessivos gerados de forma probabilística, quer em sequência quer sob a forma de uma hipótese estruturada. A sequência de estados é caracterizada por um conjunto de operadores de transformação das funções de decisão que se sucedem no tempo. Foram descritos: um "operador de transformação geral" que modifica cada componente do estado ou do vector de decisão; operadores específicos ou locais que modificam as hipóteses de acordo com as perguntas colocadas, com a situação ou interrupção considerada e com as "respostas recentes" dadas pelo sujeito (os vectores de decisão ou de estado passado); e ainda um operador que modifica de uma forma geral, as categorias inter-relacionadas sob a forma de hipóteses. Estas transformações dependem de factores motivacionais: motivações para manter rigorosamente as respostas, para explorar a novidade, para atingir, ou não, um grau elevado de caracterização e de "refinamento cognitivo".

A um nível descritivo e utilizando as denotações

arbitradas, podemos considerar que cada função de decisão é definida por **uma categoria cognitiva geral** (CTI ou DECISN) associada a um **valor referencial de verdade** (LOG VAL) e a um **valor declarado de verdade** ou falsidade, isto é, de afirmação ou negação acerca do que é dito (CTI TDV). Cada categoria cognitiva geral está associada a um segundo conjunto de **duas categorias cognitivas particulares** (CT21 e CT22), também associadas aos respectivos valores referenciais e valor declarado de verdade (LOGVL1, LOGVL2 e CT2 TDV).

As categorias estão quantificadas numa escala ordinal de 1 a 5, de acordo com o nível de abstracção e competência cognitiva atingidas, ordenação denotada com caracteres alfabéticos (A a E). Este conjunto de categorias permitiu classificar as respostas verbais dadas pelos sujeitos de experiência a cada interrupção da situação social simulada. A **unidade mínima de análise** considerada suficiente era a **frase**, de menores dimensões, que podia ser classificada vectorialmente e de um modo completo, isto é, com uma categoria cognitiva geral, duas categorias cognitivas particulares, estando associado a cada uma, um valor referencial de verdade.

Categoria cognitiva geral (DECISN ou CT1)

Esta categoria está dividida em três classes, de acordo com o ponto de vista em que o sujeito se coloca: 1) supõe que está envolvido numa situação social simulada; 2) centra-se sobre a situação concreta em que se desenvolve a experiência: meio hospitalar, testes, experiência, etc., 3) reporta-se à sua experiência vivencial passada e perde a ligação, quer à situação que se pretende simular, quer ao contexto objectivo e concreto em que decorre a experiência. Cada classe é composta por 5 tipos de hipóteses que são equivalentes entre si.

E1 - Comentário expresso acerca da situação geral

MODELO RELAÇÃO INTERPESSOAL

que se visava representar através das declarações e intervenções dos membros do grupo.

- E2 - Definição do grupo de quatro membros do ponto de vista da situação que se visava representar.
- E3 - Definição das relações do grupo do ponto de vista da tarefa que o grupo se propõe executar tal como foi definido no projecto de estudo.
- D4 - Definição das intervenções dos quatro membros do grupo (de um até quatro) considerados individualmente, na perspectiva que se visava representar.
- D5 - Definição da reacção do próprio sujeito, considerando o grupo como o grupo que se visava representar.
- C6 - Definição análoga à de 1, com a diferença fundamental que o sujeito se centra sobre as condições concretas (hospital, médico, testes, experiência, etc.) em que a relação se desenvolve.
- C7 - Tal como em 2, definição de um grupo de quatro elementos, fazendo referência à situação concreta hospitalar e de teste.
- C8 - Definição do grupo do ponto de vista das tarefas concretas que se propõe representar.
- B9 - Definição dos membros do grupo do ponto de vista das tarefas concretas que desempenham.
- B10- Definição da interacção concreta do próprio sujeito com o grupo tomado objectivamente como um grupo de teste, e não como o grupo que no projecto da experiência se visava representar.
- A11- Definição das características gerais do grupo por analogia com a experiência passada privada ou

MODELO RELAÇÃO INTERPESSOAL

subjectiva do sujeito e que este faz apelo sem referência à situação que se visava representar ou à situação objectivamente concreta de uma experiência realizada num hospital.

- A11- Definição do grupo de um ponto de vista subjectivo, de acordo com os critérios expressos na categoria anterior.
- A13- Definição da relação entre os membros do grupo do ponto de vista da tarefa que se propõem representar mas numa perspectiva subjectiva, apenas tomando como referencial fundamental a própria experiência do sujeito, e não aquilo que se visava representar ou que era a situação concreta em que ele se encontrava.
- A14- Definição de intervenção dos membros do grupo nas mesmas perspectivas que nas categorias 11 e 13.
- A15- Definição do papel e atitudes do próprio sujeito na mesma perspectiva que nas categorias 11 e 14

Valor referencial de verdade

LOG VA (Logvl 1 e Logvl 2) - Denota o valor modal de verdade que varia entre 0 e 10.

- B0 - Falso, em sentido lógico vulgar.
- A1 - Fantasiado, no sentido de não fundamentado ou de não garantido pelos factos.
- C2 - Declaração do valor da interpretação que se dá à declaração de incapacidade, ou à crítica do objecto, no sentido que se dá a estes conceitos na classificação das respostas às lâminas do teste de Rorschach.
- D3 - Subjectivo, privado e não verificável.
- E4 - Verdadeiro, mas substanciado em factos passados que já não se verificam no presente.
- E5 - Verdadeiro em sentido estrito ou verdadeiro,

MODELO RELAÇÃO INTERPESSOAL

mas baseado em factos que viriam a verificar-se no futuro mas ainda não ocorreram.

D7 - Subjectivo no sentido de uma experiência pessoal mencionada mas não controlável.

C8 - "Não sei": declaração ostensiva.

B9 - Não mencionado.

A10- Confabulado, no sentido de baseado em factos reais mas elaborados de um modo que se encontra em desacordo com a realidade e assumindo um carácter de verdade evidente.

Categorias cognitivas particulares

CT21 e CT22 - Estas designações referem-se a um segundo conjunto de quinze hipóteses que podem assumir as seguintes características.

A1 - Valor afectivo positivo (declarado ou inferido).

A2 - Valor afectivo negativo (declarado ou inferido).

A3 - Valor afectivo neutro.

A4 - Valoração normativa positiva.

A5 - Valoração normativa negativa.

A6 - Valoração normativa neutra.

B7 - Atributos que definem a atitude e a acção do grupo para com o sujeito.

C8 - Atributos que definem a atitude do sujeito para com o grupo.

B9 - Definição objectiva de dados parcelares que caracterizam a interacção entre o grupo e o sujeito em relação ao propósito ou finalidade que o grupo procura atingir.

C10- Caracterização da interacção entre o sujeito e o grupo por meio de dados parcelares a partir da definição do propósito que o sujeito procura atingir.

E11- Caracterização da interacção entre o grupo e o sujeito a partir de dados que especificam aspectos suficientes para definir a situação.

E12- Caracterização da interacção entre o sujeito e o grupo a partir de dados globais que especificam aspectos essenciais dessa interacção.

MODELO RELAÇÃO INTERPESSOAL

- E13- Caracterização da interacção entre o grupo e sujeito de uma maneira específica, exacta, que não deixa dúvidas sobre a especificação que se pretende fazer, atingindo o próprio nível de linguagem que foi usado na construção da situação.
- E14- Caracterização da interacção entre o sujeito e o grupo de maneira específica, exacta e que não deixa dúvidas sobre a especificação que se pretende fazer, atingindo o próprio nível de linguagem que foi usado na construção da situação.
- E15- Caracterização global que abrange os aspectos considerados em 13 e 14 e que simultaneamente faz intervir o facto tempo.

Valores declarados da verdade

CT1 TDV e CT2 TDV - Esta categoria designa o valor declarado de verdade no que diz respeito às categorias CT1, CT21 e CT22. Pode ter dois valores relativos àquilo que se diz.

- 1 - Verdadeiro ou Afirmativo
- 2 - Falso ou Negativo

Os fenómenos ou operações de relação interpessoal

A partir dos protocolos de experiência dos sujeitos, foram isoladas um conjunto de operações de relação interpessoal. Correspondiam às operações que os sujeitos tinham de efectuar para identificar os dados da situação social, as relações entre os membros do grupo, os seus papéis ou estatuto ou ainda para identificar os mesmos atributos em relação ao próprio. Das duzentas operações identificadas, foram seleccionadas, numa primeira fase da aplicação experimental do modelo de relações interpessoais em grupos sociais restritos (1982), cerca de quarenta operações. Posteriormente, estas operações, por razões de ordem metodológica, foram condensadas num número inferior, 20 categorias ou classes de equivalência das

operações de interacção social. Podemos observar este conjunto de categorias condensadas na Tabela seguinte:

Categorias ou operações de interacção social

- 1 - Referências ou utilização dos dados numa forma referencial, proposicional ou predicativa (referências elementares).
- 2 - Agregação de referências ou referências limitadas a dois níveis de estrutura analítica.
- 3 - Referências complexas ou construções lógicas com múltiplos níveis de dedução; exploração complexa de hipóteses.
- 4 - Caracterização da posição do próprio na relação a nível das suas características de personalidade; construção de uma identidade pessoal para o próprio.
- 5 - Caracterização da posição dos outros participantes na relação interpessoal, a nível das suas características de personalidade; construção de uma identidade para os outros.
- 6 - Declarações vivenciais sem conotações afectivas, valorativas ou normativas.
- 7 - Declarações afectivas ou valorativas atribuídas aos outros com carácter positivo; declaração de uma atitude cooperante da parte dos outros participantes na interacção para com o próprio.
- 8 - Declarações afectivas ou valorativas atribuídas aos outros com carácter negativo; declaração

MODELO RELAÇÃO INTERPESSOAL

de uma atitude rejeitante ou crítica da parte dos outros para com o próprio.

9 - Declarações afectivas ou valorativas referidas ao próprio com carácter positivo; declarações de cooperação por parte do próprio com os outros intervenientes na situação.

10- Declarações afectivas ou valorativas referidas ao próprio com carácter negativo; declarações de rejeição ou crítica atribuídas aos outros em relação ao próprio.

11- Proposições normativas.

12- Acentuações semânticas, afectivas ou valorativas; alterações organizativas nos dados; relações não usuais de significante-significado, por introdução de dados como "significantes mediatos" em que a significação é dada pelo simbolismo do elemento significante.

13- Declarações de hipóteses alternativas que contêm contradições internas parciais ou globais não resolvidas; autolimitação do conteúdo extensional das declarações do próprio.

14- Respostas sumárias, holofrásticas ou quase holofrásticas.

15- Rigidez ou manutenção das respostas.

16- Declarações de incapacidade para responder ou de uma complexidade não superável.

17- Justificação para as dificuldades nas respostas, baseada em dados vivenciais, pela existência de doença ou presença de sintomas; afirmação de doença ou declaração de sintomas.

18- Declarações de estar a receber ajuda ou tra-

tamento por parte dos outros; atribuição ao grupo de finalidades diagnósticas.

19- Translações exteriores; introdução de conteúdos externos à situação; narração ou descrição de factos distanciados da situação actual; mudanças temáticas nos atributos; reorganização dos dados logicamente estruturada, com pequenas mudanças ou desvios semânticos que conferem um novo significado global à situação; mudanças semânticas globais num deslizar lento, "drift" semântico ou por desvios ou saltos bruscos, "shift" semântico; internalizações abstractas; caracterizações fisiognómicas.

20- Comentários mistos, de atributos parcelares de identificação referencial, com elaborações complexas de dados vivenciais ou afectivos.

Nesta tabela foi feita uma descrição sumariada das operações incluídas em cada uma das categorias ou classes de interacção social ou de relação interpeessoal. A denotação abreviada destas categorias, utilizada no presente trabalho, assim como a metodologia de identificação das **frases** ou **unidades verbais**, que constituem os elementos para a categorização dos protocolos verbais será objecto de uma análise detalhada no capítulo referente aos "Métodos" (capítulo IV pags. 4.19 a 4.24).

Para tornar mais clara a descrição do modelo experimental de relações interpeessoais procederemos em seguida a uma definição das 20 categoria sociais. Não será feita uma descrição em extensão das operações nelas incluídas, mas de um modo operacional, mencionaremos o conjunto de regras de decisão que permitam identificar as respostas verbais dos sujeitos e atribuí-las a uma certa classe. Descrever o conteúdo

MODELO RELAÇÃO INTERPESSOAL

de cada categoria condensada, equivale portanto a definir as operações incluídas em cada classe de equivalência.

Referências elementares (Cat.1)

Utilização de dados - sob a forma referencial, tanto proposicional como predicativa - com uma elevada afinidade com a intenção dos experimentadores. As referências podem ser utilizadas, pelo sujeito, para justificar ou caracterizar a definição que dá acerca da relação do próprio ou dos outros na situação social. Esta caracterização, pode ser feita com detalhes parciais ou dados globais, ambos referenciais ou puramente identificadores. As referências de elementaridade máxima, podem ser fraccionadas ou atômicas.

Construção limitada; agregação de referências (Cat.2)

Construção lógica de referências, limitada a um processo de dedução de dois níveis (pelo menos o nível mais inferior consiste numa caracterização parcial) ou simples agregação, por vezes sucessiva, de dados de referência sem construção. Os dados - atributos referenciais - podem consistir em: aspectos globais, parciais ou detalhes qualificativos da situação; atitudes afectivas ou valorativas atribuídas ao próprio ou aos outros; disposições para agir, caracterizações operacionais ou normativas da acção do próprio ou dos outros; declarações condensadas, numa palavra ou numa proposição curta, relativas à situação global ou parcial; e ainda atributos agregados a conceitos de modo a qualificá-los de uma forma acentuada, embora não ostensiva.

Construções complexas; exploração de hipóteses (Cat.3)

Esta categoria é formada pelas construções lógicas complexas ou referências complexas, elaboradas com vários níveis de dedução. Estas caracterizações são produzidas com relações elaboradas entre atributos referencialmente obtidos. Desse modo, podem conduzir a uma identificação total da situação simulada, justificada pelo sujeito com base nas suas identificações, ostensivamente declaradas, e que lhe permite caracterizar a situação social tal como foi efectivamente planeada e com as finalidades que possui.

As construções identificativas produzidas contêm por vezes acentuações afectivas, a partir das quais se pode inferir a posição afectiva ou valorativa do próprio ou atribuída aos outros membros do grupo. Muitas destas construções são elaboradas com base em dados vivenciais acerca dos outros participantes na interacção, atributos referencialmente obtidos e utilizados analiticamente para a produção das conclusões ou declarações.

Substituindo-se a uma identificação referencial da situação simulada, a construção elaborada de hipóteses pelos sujeitos pode assumir a forma de uma analogia com situações da vida real. Muito embora uma identidade completa entre as duas situações não seja, em geral, admitida, a situação da vida real pode ser utilizada para a dedução de argumentos acerca da situação simulada. De um modo semelhante, os sujeitos elaboram meta-actitudes, isto é, colocam certas condições sob a forma de hipóteses, das quais deduzem as actitudes ou acções do próprio.

A natureza referencial das construções complexas pode estar alterada por vários processos, desde uma construção lógica - com vários níveis de inferência, com atributos distorcidos ou modificados na sua dimensão semântica - até à inversão da dedução pela identificação de atributos parciais de referência, insuficientes para a significação, a partir dos quais são deduzidos significados finais sintéticos.

A "exploração de hipóteses", operação de identificação de dados também incluída nesta categoria, tem uma estrutura analítica complexa, produzida por uma construção relacional com vários níveis distintos de estruturação dedutiva. Níveis de dedução que no discurso verbal podem estar explícitos ou implícitos, neste último caso há uma supressão de elementos necessários para uma construção sintática completa, isto é, expressos com ou sem elipse. Se a construção for elaborada com distorções ou mudanças semânticas nos dados, sem retorno a uma hipótese plausível em relação ao real, haverá concomitantemente com a exploração de hipóteses uma "reorganização idiosincrática dos dados". A nível da produção verbal do sujeito, a exploração de hipóteses pode surgir sob a forma elementar e consistir apenas na declaração ostensiva de que se procedeu ao escrutínio de um "universo" de hipóteses sucessivas, ou simplesmente na declaração de que existe uma dispersão de hipóteses. O sujeito pode manter-se ao nível da simples enunciação das hipóteses ou declarar que (ou como) cada uma delas poderia, ou não, ser experimentada para explicar o real.

Definição da posição própria; autoconstrução da identidade (Cat.4)

Consiste em declarações verbais, produzidas pelo sujeito, que visam definir ou caracterizar a posição do próprio na relação interpessoal. Esta caracterização, pode ser feita através da descrição de atributos do nível da personalidade (atributos afectivos, valorativos, etc.), pela menção de regras objectivamente incluídas na situação ou ainda, a partir de uma definição de dados de natureza pessoal usados pelo sujeito como critérios determinantes para construir, de um modo estruturado, uma interpretação da sua posição na relação interpessoal.

Foram incluídas, nesta categoria as construções de uma "identidade" para o próprio, mais ou menos

distanciada da realidade actual, podendo ser feita sob uma forma dramatizada.

Definição da posição dos outros; aloconstrução da identidade (Cat.5)

Declarações que implicam uma caracterização dos membros do grupo na relação interpessoal através da definição de características do nível da sua personalidade ou através da explicitação de regras objectivas da situação social. Como na categoria anterior, inclui-se a operação de elaboração complexa, ou seja com construção, de uma "identidade" para os participantes na interacção que pode ser expressa sob a forma de uma acção dramatizada.

Declarações vivenciais (Cat.6)

Declarações relativas às vivências ou à experiência privada do próprio, ou atribuídas aos outros participantes no grupo social, próximas da referência, sem conotações afectivas, valorativas ou normativas.

Declarações afectivas e valorizações positivas atribuídas aos outros (Cat.7)

Declarações de estados afectivos ou declarações valorativas atribuídas aos outros, com carácter positivo. Declarações de atitudes de cooperação dos outros em relação ao sujeito.

Declarações afectivas e valorizações negativas atribuídas aos outros (Cat.8)

Declarações de estados afectivos ou declarações valorativas atribuídas aos outros, com carácter negativo. Atribuição aos outros de uma atitude crítica

ou rejeitante em relação ao sujeito.

Declarações afectivas e valorizações positivas referidas ao próprio (Cat.9)

Declarações de estados afectivos ou declarações valorativas referidas ao próprio, com carácter positivo. Declarações de que o próprio sujeito tem uma disposição para cooperar com os outros membros do grupo.

Declarações afectivas e valorizações negativas referidas ao próprio (Cat.10)

Declarações de estados afectivos ou declarações valorativas referidas ao próprio, com carácter negativo. Declarações da existência de uma atitude crítica ou de rejeição do próprio em relação aos outros membros do grupo ou à situação no seu conjunto.

Proposições normativas (Cat.11)

Proposições normativas, formuladas em relação ao sujeito ou aos outros participantes na interacção social.

Acentuações na qualificação; alterações organizativas dos dados; relações de significação com significantes "mediatos" (Cat.12)

Foram condensadas nesta categoria as seguintes operações de identificação de dados:

Acentuações semânticas no mesmo sentido do atributo verdadeiro mas com maior intensidade, numa ou em mais dimensões do significado. Acentuações afectivas ou valorativas no sentido da amplificação

das qualificações.

Alterações organizativas dos dados com distorsões, mas com retorno a uma adaptação à realidade. Estas organizações têm a forma de uma construção complexa ou de uma simples agregação de dados distanciados do referencial da situação. Os pontos de partida para a elaboração de hipóteses ou as conclusões finais tiradas pelo sujeito, não estão legitimadas nos dados disponíveis. No entanto, em qualquer caso, não se produz um distanciamento profundo da realidade e há um retorno ao referencial.

Relações de significante-significado, em que os dados são introduzidos como significantes "mediatos", cujo significado não é o usual. Expressam-se sob a forma de definições das relações interpessoais ou de atributos da situação social feitas através de elementos muito particulares, mas que impõem um contexto, em que o significado é dado pelo simbolismo desse elemento significante.

Declarações alternativas (Cat.13)

Consistem em declarações de hipóteses alternativas que contêm contradições internas, parciais ou globais não resolvidas. Estas contradições podem ser explícitas na declaração de possíveis interpretações alternativas, para explicar atributos parciais da situação, papéis do próprio ou dos outros ou ainda a situação global. Pelo contrário, a interpretação alternativa pode estar implícita nas declarações de expectativa de mais informação, considerada necessária para a escolha de hipóteses. Estão também incluídas nesta categoria, as operações de auto-limitação da identificação referencial de atributos da situação ou da extensão dos conteúdos das próprias declarações (operações de subinclusão).

Respostas holofrásticas ou quase holofrásticas (Cat.14)

MODELO RELAÇÃO INTERPESSOAL

Respostas constituídas por palavras isoladas, em sentido estrito, ou por conjuntos diminutos de palavras de sintaxe "quase holofrásticas". Entram também nesta categoria: as respostas de sintaxe exterior, isto é, incluída na sintaxe da própria pergunta; as caracterizações sumárias genéricas; as declarações sumárias de que a resposta actual é semelhante a qualquer outra resposta anteriormente dada; os curtos comentários sob a forma de um detalhe transcrito, ou quase transcrito, das frases usadas pelos personagens da situação simulada; e ainda respostas gerais e inespecíficas em substituição das respostas objectivas.

Rigidez (Cat.15)

É um índice de repetição ou de manutenção da resposta. Esta repetição pode fazer-se em relação à mesma pergunta de interrupção para interrupção, na mesma situação (rigidez da pergunta); na mesma pergunta mas ao mudar de situação (rigidez trans-situacional). Pode ainda haver rigidez ou repetição da resposta ao mudar de pergunta, na mesma interrupção (rigidez no interior da interrupção). Um outro tipo de rigidez consiste ainda na repetição ou manutenção da resposta dentro da mesma pergunta (rigidez no interior da pergunta).

Declarações de incapacidade (Cat.16)

Declaração do sujeito de que possui uma incapacidade ou impossibilidade para a resposta (com ou sem justificação) ou ainda declaração da existência de uma complexidade não superável, na situação ou nas questões.

Justificações vivenciais, por doença, sintomas; afirmação de doença (Cat.17)

Justificações para a dificuldade sentida pelo sujeito em responder, baseadas na sua experiência vivencial, na afirmação de que sofre de uma doença ou de sintomas. Nesta categoria incluíram-se também as simples declarações, sem justificação, da existência de uma doença ou da presença de sintomas.

Declarações de ajuda, terapêutica ou de fins diagnósticos (Cat.18)

Esta categoria consiste na condensação das seguintes operações feitas pelo sujeito sob a forma de declarações: de estar a receber ajuda por parte dos outros intervenientes na situação, ou de que o grupo possui essa intenção; de estar envolvido numa situação com fins terapêuticos; de que está a ocorrer uma intervenção médico-hospitalar com finalidade de diagnóstico, avaliação ou observação clínicas; de estar a ser objecto de um teste ou experimentação cuja finalidade é a identificação da doença, referida a um nível cognitivo elaborado.

Translações externas, introdução de conteúdos e descrições exteriores à situação, mudanças temáticas; reorganização dos dados; mudanças semânticas bruscas ou lentas; internalizações abstractas; caracterizações fisiognómicas (Cat.19)

Nesta categoria, englobam-se as operações de identificações de dados que produzem, uma elevada transformação nos atributos e um afastamento da realidade actual. Podem consistir em operações de:

Translação para situações exteriores, completamente distintas da situação objectiva, com a qual o sujeito está a interagir. A definição que fornece destas situações, distanciadas da simulada, pode ser colocada sob a forma de hipóteses (translação hipotética). A transposição da situação para o exterior,

pode fazer-se com mudança de local e do significado da interacção. Esta mudança, embora possa ter uma organização interna consistente, está deslocada e é independente da situação actual objectiva. A translação, pode fazer-se pela elaboração de vivências do próprio, introduzidas sob a forma de recordações da sua experiência passada, desligadas dos factos actuais e referidas ou não à doença - translação que implica uma transposição temporal e espacial -. O processo de mudança da situação poderá consistir na transposição de um único argumento, elaborado de um modo consistente. Os elementos fundamentais, cuja elaboração é a base da translação, muito embora estejam distanciados dos dados concretos, actualmente presentes na situação, mantêm com eles uma certa conexão ao nível dos atributos gerais da situação. No entanto, este tipo de translação concreta, poderá consistir na elaboração de atributos concretos da situação, com discussão, comentários ou desvio para outros temas. A translação pode ser justificativa da participação do sujeito na situação social, através da comparação da sua intervenção actual com factos que descreve, relativos à situação distanciada.

Introdução de conteúdos exteriores à situação, independentes da pergunta.

Mudança temática, consistindo numa translação limitada e menos radical do que a anterior, feita a partir de um tema inicial: pela introdução de elementos (tão limitados como uma palavra) exteriores ao contexto da situação actual - podendo embora existir uma conexão entre eles-; pela mudança nos atributos, incluídos no contexto inicial para uma situação distanciada, mudança que pode ser feita num deslizar temático lento dos dados da situação actual, introduzidos pelo sujeito ou referencialmente identificados,.

Descrição de factos, exteriores à situação simulada, que incluem a participação do próprio ou de outros; narração de vivências do sujeito, distanciadas do referencial, elaboradas e construídas de modo a justificar a sua participação na situação actual. Esta

operação pode consistir na narração da participação de outros sujeitos numa interacção social, mais ou menos distanciada da actual ou ainda, na descrição genérica de uma situação deslocada do contexto actual, caracterizada sem discriminação dos sujeitos participantes.

Reorganização dos dados, operação que consiste numa elaboração de caracterizações particulares da situação, construída através do estabelecimento de relações adequadas entre os atributos, se consideradas isoladamente. No entanto a organização global dos dados está muito alterada pela introdução, num certo ponto crítico, de pequenas distorções ou mudanças semânticas nos atributos particulares da situação; ainda pela interposição de factores- acções ou palavras- reorganizativas idiossincráticas.

A reorganização pode incidir sobre atributos de natureza emocional ou afectiva (reorganização emocional), sobre atributos valorativos (reorganização valorativa), atributos normativos (reorganização normativa), sobre atributos ideativos (reorganização ideativa). Pode também ser relativa a intenções, atitudes e acções referidas ao próprio ou atribuídas aos outros (reorganização da intenção, de atitudes, de acções próprias, ou de outrem) ou ainda à situação no seu conjunto (reorganização da situação). A reorganização pode ter como ponto de partida, não os dados da realidade, mas hipóteses admitidas condicionalmente pelo sujeito (reorganização de hipóteses). Poderá verificar-se a combinação de reorganizações sucessivas, incluídas numa construção justificativa da sua sequência temporal e por conseguinte da conclusão (reorganização de justificações construídas). A combinação sequencial de reorganizações, poderá no entanto, não ser justificada mas construída dedutivamente. A estrutura proposicional da compreensão e identificação do sujeito poderá estar reorganizada pela introdução de hipóteses distanciadas, relativas às atitudes do próprio ou dos outros, agregadas ao reconhecimento de atributos ou dados singulares de referência, dados da realidade concreta

MODELO RELAÇÃO INTERPESSOAL

em que a experiência decorre, por exemplo, hospitalar (reorganização referencial das atitudes próprias ou dos outros).

Introdução de mudanças ou distorções semânticas globais nos atributos da situação. Mudanças que podem ser limitadas, feitas por transições lentas como que, num deslizar semântico ("drift", semântico) ou mais extensas, por transições bruscas, como que por "saltos" semânticos ("shift" semântico).

Internalizações abstractas com mudanças ou translação para o espaço interno de representação, de caracterizações externas concretas ou vivenciais. Esta operação pode consistir num processo de simbolização concreta de uma noção cujo carácter é abstracto (abstracção simbolizada) ou numa simbolização de entidades abstractas dotadas pelo sujeito de qualidades actuanes sob a forma dramatizada.

projecção sobre o ambiente de características fisiognómicas (afectivas, valorativas ou normativas), isto é, atribuição de poderes "quase-humanos" a qualidades não humanas da situação exterior.

Comentários mistos (Cat.20)

Consiste esta categoria, em construções mistas, nas quais a identificação referencial de atributos particulares da situação é amplificada por uma elaboração vivencial ou afectiva, de natureza complexa. Pode também, consistir num comentário introduzido pelo sujeito durante a resposta, referente a dados da sua experiência privada e exteriores ao contexto da pergunta.

Estas categorias podem formar três classes de operações de caracterização da realidade social: (a) operações adequadas e adaptadoras, classe formada pelas: referências de três níveis, declarações vivenciais, declarações afectivas e valorativas acerca do próprio ou dos outros com carácter positivo, definição da posição própria ou dos outros, e ainda pelas

declarações normativas; (b) operações desadaptadoras, que consistem em: operações de distorção elevada nos dados com translação ou introdução de conteúdos externos, declarações de incapacidade, justificações com base na presença de doença ou de sintomas, comentários mistos de natureza subjectiva e afectiva, declarações afectivas e valorativas acerca do próprio ou dos outros com carácter negativo, e finalmente declarações autocontraditórias ou limitativas das afirmações produzidas pelo próprio; (c) operações "disconectadoras", isto é, constituídas pela repetição rígida das mesmas proposições.

Esta classificação das operações de identificação de dados, foi utilizada para a determinação dos indicadores gerais de adaptação social, como iremos referir em seguida.

Síntese das investigações com o modelo "sistémico" de relações interpessoais

Na primeira fase dos trabalhos experimentais de estudo das relações interpessoais em sujeitos normais, com as variáveis cognitivas estudaram-se as correlações entre estruturas sintáticas e as funções de decisão. Verificou-se que o nível de adequação da compreensão global das situações, pelos sujeitos, se correlaciona significativamente com o valor modal de verdade que lhes era atribuído. Por outro lado, no que se refere aos aspectos parcelares da relação interpessoal, já estes dados se correlacionam significativamente entre si a um nível mais elevado de abstracção. Um resultado interessante foi o que se verificou quando as intervenções dos sujeitos, nas situações de interacção social, implicavam declarações normativas. A correlação entre o valor referencial de verdade e a categoria cognitiva parcial, de nível mais elevado de refinamento cognitivo, era negativa. Por outro lado, quando havia declarações afectivas reduzia-se o número de correlações significativas, de tal modo que não havia nenhuma correlação entre

variáveis cognitivas e o valor referencial de verdade (Fonseca, J.S., e col. 1981).

No estudo de matrizes de correlação correspondente às diversas estruturas sintáticas, verificou-se uma diferença entre as matrizes que descreviam o comportamento de interação dos sujeitos mais prolixos dos não prolixos. Nestes últimos, verificou-se uma correlação negativa entre o grau de refinamento cognitivo e o grau referencial de verdade, tal como tinha sido observado nas estruturas sintáticas negativas. Neste trabalho é proposta uma hipótese para a explicação do uso das "negativas camufladas" que podem revelar uma dificuldade do sujeito para a formulação de hipóteses, de tal modo que, quanto mais elevado fôr o nível cognitivo da mensagem comunicada, menor é o seu valor referencial de verdade. Pelo contrário, nas "negativas restritivas" de outras declarações produzidas pelo sujeito surgia a mesma estrutura que se observava nas declarações afirmativas, podendo tratar-se efectivamente não de verdadeiras negativas mas de "afirmativas camufladas" (Fonseca, J.S., e col., 1981).

Nas formas sintáticas passivas, as correlações entre as variáveis, foram as mais elevadas. Verificou-se, um padrão característico de correlação significativa, entre as formas condicionais e interrogativas e os valores semântico e referencial de verdade (Fonseca, J.S., e col., 1981).

Nos estudos em que foram analisadas as modificações diacrónicas nos processos de aquisição, verificou-se que o valor referencial de verdade se modificava à medida que a situação social se tornava mais redundante, aumentando o número de repostas adequadas e restringindo-se o número de respostas desadequadas. Por outro lado, verificou-se que no decurso da interacção diminuíam as declarações de incapacidade e que se mantinham praticamente constantes, as respostas de carácter subjectivo cujo valor de verdade não era verificável. As matrizes de correlação características de uma boa aprendizagem eram idênticas no início e no fim da interacção

social, quando era baixo o grau de dificuldade para a identificação das situações. No entanto, quando este era elevado as correlações entre as diferentes variáveis deixavam de ser significativas (Fonseca, J.S., 1982).

No prosseguimento das investigações sobre as relações interpessoais, com a utilização do segundo conjunto de categorias ou operações de interacção social, uma conjunto de trabalhos foi produzido com sujeitos normais (adultos e adolescentes) e doentes de 9 grupos de diagnóstico (esquizofrénicos paranóides, neuróticos histéricos, depressivos neuróticos, depressivos reactivos, depressivos endógenos, neuróticos obsessivos, epilépticos temporais e centro-encefálicos e adolescentes com perturbações psiquiátricas). Nestas amostras, os sujeitos descritos apenas pelos dados sociais, com a aplicação de métodos factoriais e estatísticos multivariados, foi possível obter separações diagnósticas mais significativas do que com as variáveis clínicas isoladas (escala AMDP).

Demonstrou-se que os dados sociais não só caracterizam os perfis de relação interpessoal como permitem separar os perfis adoptados pelos sujeitos pertencentes aos vários grupos de diagnóstico .

Outro resultado obtido consistiu na determinação dos "indicadores de perturbação" da relação interpessoal: quociente entre a probabilidade de uso de operações adaptadoras versus a das operações desadaptadoras, "custos" pessoais médios e "custo" referencial. Estes indicadores de adaptação social, revelaram-se com poder diagnóstico, comparável ao dos sintomas clínicos. Possibilitaram uma ordenação dos grupos de diagnóstico num gradiente de patologia ou de desadaptação social (Fonseca, J. S., e col., 1982).

Após a análise mais desenvolvida dos perfis de interacção social dos adolescentes normais comparativamente com o padrão cognitivo dos obsessivos (Horta, M.P., Fonseca, J.S., 1983), e dos padrões de adaptação social dos neuróticos histéricos (Félix da Costa, N., Fonseca, J.S., 1984), o estudo das relações interpessoais evoluiu em dois sentidos. Procedeu-se,

MODELO RELAÇÃO INTERPESSOAL

por um lado, à replicação dos resultados anteriormente obtidos com as amostras de voluntários normais e de doentes neuróticos e psicóticos, e por outro, introduziram-se modificações nas condições experimentais no sentido da extensão do modelo de relações interpessoais.

Nestes últimos trabalhos, os dados obtidos num grupo social restrito - em que era requerido aos sujeitos de experiência, nele incluídos, a identificação de uma situação, relativamente complexa, - foram comparados com os dados indicadores da capacidade de interacção dos mesmos sujeitos, numa situação social em que, para além de atributos actuais, eram incluídos dados da biografia pessoal e patográficos do próprio (Fonseca, J.S., e col., 1984).

Os dados sociais obtidos nos estudos de relações interpessoais, até ao momento, têm-se revelado como um instrumento de validação cruzada com a classificação clínica em termos da frequência relativa da ocorrência de operações adaptadoras e desadaptadores, organizadas em estruturas generativas das relações interpessoais, permitindo a definição de diferentes medidas de adaptação interpessoal a grupos sociais restritos.

CAPÍTULO 4

MATERIAL E MÉTODOS

AMOSTRA DE ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES

Os dados clínicos e experimentais da amostra de doentes esquizofrênicos paranóides, que constituíram o material de estudo deste trabalho de investigação, foram recolhidos no Laboratório de Psicologia Médica, da Faculdade de Medicina de Lisboa (Hospital Stª Maria), durante os anos de 1979 a 1982.

A proveniência destes doentes era variada, a maioria (70%), estava em regime de internamento hospitalar na Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina, em situação de crise aguda. Uma menor percentagem (30%) era proveniente da Consulta do Serviço de Psiquiatria e de outras consultas externas. Os doentes incluídos nesta investigação, tinham sido diagnosticados como sofrendo de Esquizofrenia de tipo Paranóide, em estado ou fase aguda-primeiro surto psicótico ou reactivação de surtos anteriores- com base nos critérios de diagnóstico clínico dos sistemas ICD-9 e DSM-3. Utilizou-se como critério de controle diagnóstico o sistema CATEGO- classe S do "Exame do Estado Presente" (PSE). Um diagnóstico independente era feito, previamente, por outro especialista que, em geral, enviava o doente ao Laboratório de Psicologia

Médica para este projecto.

A amostra inicial de esquizofrénicos paranóides que participaram na investigação, pelo menos, nalgum momento das avaliações clínicas ou experimentais, era constituída por 75 doentes. Deste quantitativo, 12% não fizeram parte da amostra final, essencialmente por duas ordens gerais de factores.

Um primeiro tipo de factores consistiu na necessidade de interrupção dos testes, necessidade explícita ou implícita, isto é, sentida pelo doente ou verificada pelo experimentador. Apesar de ter sido, previamente, obtido o consentimento dos doentes para a participação numa experiência, estiveram, no primeiro caso, um número reduzido de sujeitos (4). Faltaram a sucessivas marcações de provas, sem qualquer aviso, invocando, mais tarde, como causa desse comportamento, razões de natureza variada, em geral justificações baseadas no grau de complexidade vivenciada em relação a alguns testes. A interrupção dos testes, decidida pelo experimentador, em sete doentes, deu-se na fase de observação psicológica, que antecedia a situação social experimental. Os motivos que estiveram na base dessa decisão decorreram da avaliação do comportamento do doente durante a entrevista, da aplicação das escalas de avaliação ou da bateria de testes psicológicos (psicométricos e de personalidade). Estas razões consistiram em: ausência de cooperação ou de adesão aos testes; inquietação motora marcada com impossibilidade de fixação a uma tarefa, por vezes por acatísia; marcada instabilidade durante as provas com pedidos constantes para a sua interrupção; ou ainda um baixo limiar de fatigabilidade, vivenciada pelo doente, que a verbalizava com suspensão espontânea dos testes. Este tipo de comportamentos, pela experiência havida, anteriormente a este trabalho, nas amostras-piloto recolhidas na fase de construção do modelo experimental, faziam prever, com elevada probabilidade, a presença de uma impossibilidade, da parte do sujeito, para manter constante a sua participação na situação experimental, possivelmente

MATERIAL E METODOS

por existir um nível de motivação muito baixo para a experiência ou por esta ser sentida como ameaçadora. Apesar desta selecção prévia, três outros doentes entraram em completo mutismo, desde o início da situação social, comportamento que não era previsível a partir dos dados clínicos anteriores, atitude que mantiveram rigidamente, apesar de instados a colaborar.

Da restante amostra dos sujeitos que completaram todas as fases da experiência, um outro subgrupo foi, posteriormente, retirado da amostra final. Um segundo tipo de factores, ligados exigências de rigor na amostragem, estiveram na base desta decisão. Um primeiro subgrupo, de sete doentes foi retirado por se ter concluído, no decurso da reavaliação dos dados anamnésticos, ser duvidosa e pouco rigorosa a sua inclusão no grupo de diagnóstico- paranóide -da esquizofrenia. Não se tratava apenas de casos mistos- nos restantes doentes havia também, associados, sintomas da linha não paranóide - mas de não se poder afirmar com segurança a sua identificação à classe S do PSE, devendo ser incluídos, com mais rigor, na classe P.

Finalmente numa segunda subamostra, cinco sujeitos foram também excluídos da análise experimental apresentada neste trabalho, por razões de natureza metodológica. Variáveis de tipo psicopatológico ou comportamental (por exemplo prolixidade ou mesmo logorreia), provável influência de atributos da personalidade pré-mórbida ou ainda factores exógenos relacionados com a medicação neuroléptica (produzindo lentificação nas respostas), entre outras causas prováveis, concorreram para que a situação social experimental, no seu conjunto, tivesse uma duração muito superior à média dos sujeitos, que se situava entre as 3 e as 6 horas de experiência, tornando-se impraticável terminá-la numa única sessão. O fracionamento das situações sociais, não estava previsto, à-priori, no desenho experimental. Tinha uma natureza arbitrária, dependente do fluxo verbal, ritmo do discurso ou do tempo de latência das respostas do

sujeito, ou ainda de outros factores não controláveis. A duração destas situações de interacção experimental foi muito variável, desde uma semana até um mês de sessões regulares. Pelas modificações que introduziriam na situação experimental, o subgrupo de esquizofrénicos paranóides com estas características não reunia condições de comparação com os restantes elementos, tornando a amostra heterogénea, tendo sido por estes motivos excluído do estudo actual.

A amostra final, que constituiu a base deste trabalho ficou então formada por 50 doentes esquizofrénicos paranóides.

Características gerais da amostra.

Como referimos, no início deste capítulo, a maioria dos sujeitos que fazem parte desta amostra encontravam-se em situação de internamento hospitalar. Foram submetidos à experiência todos os doentes, cujo diagnóstico podia ser feito com uma mínima probabilidade de erro, em relação à presença de um quadro de esquizofrenia paranóide, em fase psicótica inicial ou com uma reactivação aguda.

Como pode ser observado no Quadro 4.1, a maioria dos sujeitos tinha uma idade compreendida entre os 20 e os 30 anos (56%); como era previsível a proporção de doentes do sexo masculino em relação aos do sexo feminino era de cerca de 3 para 1; a grande maioria dos sujeitos (74%) eram solteiros, embora se verifique que a capacidade de independência económica e social em relação à família é mais elevada, sendo paritária a divisão entre os que eram dependentes para a sobrevivência e os que dispunham de possibilidades profissionais com eficácia prática, tendo um relativo ajustamento social.

O nível sócio-económico dos sujeitos da amostra, em cuja avaliação se incluiu o nível social dos progenitores, tem uma distribuição quase normal, com um ligeiro desvio no sentido dos níveis médio-inferiores (trabalhadores não especializados por conta

MATERIAL E METODOS

de outrém) como pode ser observado no quadro 4.1. A notação utilizada em relação à divisão destes níveis sócio-económicos foi a seguinte: 1-proprietários ou cargos superiores; 2- profissões liberais; 3-trabalhadores especializados por conta de outrém; 4-operários não especializados ou trabalhadores rurais; 5-sem profissão, estudantes, domésticas.

Quadro 4.1- Características gerais da amostra

Nível etário(anos)					Sexo		Est.Civ.	
-20	/24	/29	/34	+35	F	M	S	C
10%	25%	31%	18%	16%	28%	72%	74%	26%
Nível socio-económico					Independ.Meio/Fam.			
1	2	3	4	5	Depend.		Independ.	
2%	14%	37%	37%	10%	50%		50%	

Caracterização psicopatológica da amostra

No que se refere às características clínicas dos doentes incluídos nesta amostra, avaliados pela entrevista psiquiátrica estruturada - "Exame do estado actual" (PSE), a elevada maioria dos sujeitos foi identificada como pertencendo à classe das Psicoses Esquizofrénicas (classe S), tendo também em consideração a sintomatologia psicótica dos surtos anteriores ao actual, quando avaliados através da anamnese. Na tabela seguinte (Quadro 4.2), podem observar-se os valores de frequência em relação à amostra total dos doentes que no surto actual foram codificados positivamente nos sintomas que definem a classe S.

MATERIAL E METODOS

Quadro 4.2- Classe S- Psicoses Esquizofrénicas(CATEG0).Características psicopatológicas da amostra em frequência sintomática (critério de inclusão: presença de 1, 2 ou 3 ; ou de 4 e 5)

1	Intromissão .Bloqueio ou Roubo de de pensamento	63%
2	Ideias delirantes de influenciamento	42%
3	Alucinações auditivo-verbais (diálogo e comentário de vozes)	76%
4	Outras alucinações auditivas (audição de vozes)	20%
5	Outras ideias delirantes	92%

Uma percentagem de doentes, no surto actual, não preenchia completamente os critérios da classe S. No entanto este facto verificava-se em algum dos surtos anteriores, pelo que se considerou como presente o critério PSE de validação diagnóstica utilizado em relação a esta amostra. Este facto tem reflexos nas percentagens que podem ser observadas na Tabela 4.2. Assim, por exemplo, considerando o sintoma "delírios de auto-referência", incluído no item "outras ideias delirantes", 36% dos doentes da amostra revelavam-no no surto actual, percentagem que sobe para 76% se entrarmos em consideração com os surtos anteriores.

O perfil sindromático (PSE) destes doentes é sobretudo marcado pela presença dos sintomas incluídos no síndrome nuclear: perturbações do

MATERIAL E METODOS

pensamento (intromissão, difusão, eco ou bloqueio), alucinações auditivo-verbais (diálogo e comentário de vozes), ideias delirantes de influenciamento e delírios primários; pela presença de alucinações auditivas constituídas por vozes que se dirigem ao sujeito, sem que esteja presente uma alteração do estado de humor no sentido da depressão ou elação; por ideias delirantes com conteúdos diversos; por alterações da expressão dos afectos com embotamento e apagamento afectivos; e ainda por perturbações afectivas ou emocionais de tipo neurótico incluídas nos síndromes depressivo e ansioso.

A frequência relativa dos doentes incluídos em cada síndrome PSE pode ser observada na Tabela 4.3

Tabela 4.3-Síndromas do PSE. Tabela de frequência dos esquizofrénicos paranóides (N=50), sublinhada a frequência superior a 50% da amostra total.

1	(SN) Síndrome Nuclear	89.5%
2	(SC) Síndrome Catatónico	0.0%
3	(DI) Discurso Incoerente	6.3%
4	(SR) Síndrome Residual	31.3%
5	(AD) Alucinações e Delírios Depressivos	20.8%
6	(DS) Depressão Simples	82.0%
7	(SO) Síndrome Obsessivo	18.0%
8	(AG) Ansiedade Geral	52.0%
9	(AS) Ansiedade Situacional	16.6%
10	(Ht) Histeria	2.0%
11	(EA) Embotamento Afectivo	58.0%
12	(Hp) Hipomania	14.5%
13	(AA) Alucinações Auditivas	75.0%
14	(DP) Delírio Persecutório	54.0%
15	(DA) Delírio de Auto-referência	56.2%
16	(DG) Delírio grandeza/ religioso	25.0%
17	(DF) Delírio Sexual/Fantástico	58.3%
18	(AV) Alucinações Visuais	32.0%
19	(AO) Alucinações Olfactivas	22.9%

MATERIAL E METODOS

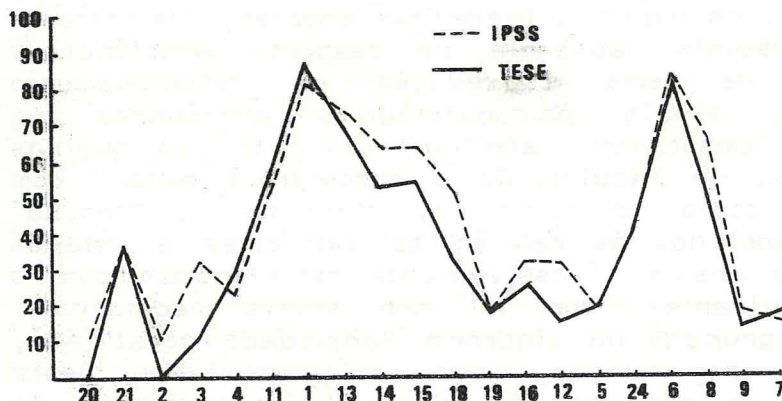
Tabela 4.3 -Síndromas do PSE (cont.)

20	(Ha) Hiperactividade	0.0%
21	(Le) Lentificação	37.5%
22	(PI) Psicose Inespecífica	58.3%
23	(De) Despersonalização	27.0%
24	(DE) Depressão Específica	43.7%
25	(Ag) Agitação	29.1%
26	(Ds) Desinteresse	8.3%
27	(IR) Ideias de Auto-referência	22.9%
28	(Tn) Tensão	54.1%
29	(AE) Abaixamento da Energia	37.5%
30	(Pr) Preocupações, fadiga, etc.	60.4%
31	(Ir) Irritabilidade	31.2%
32	(As) Ansiedade Social	60.4%
33	(Pc) Perda de Interesse/ Capacidade de Concentração	52.0%
34	(Hp) Hipocondria	14.5%
35	(Do) Outros Sint. Depressivos	16.6%
36	(OD) Défice Orgânico	0.0%
37	(DC) Delírios /Alucin.Culturais	2.0%
38	(ED) Dúvidas na Entrevista	8.3%

A análise das percentagens de sujeitos em cuja entrevista estruturada se codificaram positivamente (+ e ++) os síndromas denotados no quadro acima referido (4.3), mostra que esta amostra é caracterizada do ponto de vista clínico, de um modo mais marcado e intenso pelas: (1) tríada sindromática: -"síndrome nuclear"(SN), "síndrome depressivo"(DS) e "alucinações auditivas"(AA); seguida dos sintomas que se referem a: (2) ansiedade em situações sociais, ao retraimento social e à falta de confiança em si próprio perante os outros, sintomas agrupados no síndrome ansiedade social(As); sintomas de preocupação cujo conteúdo é a presença de pensamentos desagradáveis, incómodos,

difícilmente controláveis e desproporcionados em relação ao motivo da preocupação (os motivos de preocupação mais frequentemente invocados nesta amostra eram referentes à falta de energia, à inadaptação social e em alguns doentes às próprias vivências psicóticas), preocupações associadas a queixas subjectivas de fadiga e tensão nervosa não especificada, sintomas agrupados no síndrome "preocupações, tensão, etc." (Pr) e finalmente em menor percentagem, mas ainda superior a 50% da totalidade dos doentes: (3) as manifestações comportamentais observáveis de monotonia afectiva, indiferença e apatia emocionais, codificados como presentes quando há uma evidente diminuição da resposta emocional, uma baixa da expressividade das emoções, desinteresse pela entrevista, ausência de resposta emocional à mudança de tema e redução do relacionamento emocional, sinais psicopatológicos englobados no síndrome "embotamento afectivo" (EA); (4) as queixas subjectivas de inquietação e descontrolo motor, com tensão muscular concomitante, síndrome de "tensão" (Tn), associadas às referências explícitas a estados de pânico ansioso (possivelmente relacionadas com o humor delirante), com ou sem sinais vegetativos, sintoma agrupado no síndrome "ansiedade geral" (AG); (5) finalmente surgem, como seria previsível nesta amostra, um conjunto de temas delirantes que vão desde o delírio de auto-referência e persecutório aos delírios de grandeza ou com conteúdo sexual ou fantástico. É interessante verificar, o que pode ser observado no gráfico IV.1, que o perfil sindromático da amostra de esquizofrénicos paranóides que faz parte do nosso estudo experimental, não difere significativamente do perfil sindromático da extensa amostra de doentes esquizofrénicos, também avaliados pelo instrumento de medida PSE, no âmbito do IPSS-Projecto Internacional sobre a Esquizofrenia da O.M.S. No gráfico estão em abcissas as denotações abreviadas referentes aos síndromas PSE e em ordenadas as percentagens de sujeitos que em cada síndrome foram codificados com valores(+ e ++).

Gráfico IV.1- Perfil de síndromas (PSE), comparação entre os valores de frequência codificados nos esquizofrênicos da amostra IPSS (—) com os da amostra do estudo experimental de relações interpessoais (-) (N=50) (cf. descrição do gráfico no texto).



A elevada semelhança entre o perfil sintomatológico das duas amostras é evidente, sobretudo no que se refere aos síndromas 1-(SN) e 13-(AA), que são os mais específicos da esquizofrenia e da classe S. É também notório que nos doentes do Estudo Internacional se verificou uma elevada percentagem de ocorrência de sintomas incluídos no síndrome depressivo 6-(DS) e ansioso 8-(AG).

MATERIAL E METODOS

As diferenças que podem ser observadas são respeitantes ao síndrome hipomaniaco, menos cotado na amostra da população portuguesa; e aos comportamentos ou ideias com carácter obsessivo-compulsivo que se observaram, na amostra deste trabalho experimental, com uma frequência, que embora pouco significativa - em 8 doentes - foi superior à encontrada noutros estudos.

Podemos, no entanto, considerar satisfatória dum ponto de vista de rigor metodológico, a descrição clínica da amostra de esquizofrénicos paranóides que faz parte do nosso estudo das relações interpessoais, em termos dos padrões internacionais, com o critério que utilizámos para a validação externa do diagnóstico clínico, feito com base nos dados de observação fenomenológica.

Um último aspecto a considerar na descrição geral dos 50 esquizofrénicos paranóides diz respeito ao tempo de duração da doença e ao número de surtos anteriores ao surto actual. Nenhum dos doentes tinha estado alguma vez internado por um período superior a oito meses. Os primeiros sintomas psicóticos revelaram-se em 38% dos doentes num período inferior a dois anos à data da actual observação, de entre estes, 23% tinha uma evolução sintomática de duração inferior a 11 meses. Nos restantes doentes, os primeiros sintomas de doença, manifestaram-se pela primeira vez há mais de dois anos, com intervalos relativamente livres até o surto actual. Num período de doença inferior a 5 anos situavam-se 19% dos sujeitos e os restantes 15% entre 5 a 10 anos.

Temos de assinalar que, em qualquer destes doentes, a sintomatologia psicótica, predominantemente paranóide, se manifestara por surtos, entre os quais os estados de defeito da personalidade não ultrapassaram o grau leve ou médio de acordo com a classificação de P. Polónio (1957).

Em mais de metade da amostra (58%) o estado de descompensação psicopatológica actual manifestava-se pela primeira ou pela segunda vez, sendo em 35% dos doentes o primeiro surto psicótico. A agudização

MATERIAL E METODOS

psicótica tinha-se anteriormente manifestado, pelo menos duas vezes, em 36% dos doentes. Numa pequena percentagem (6%) um número mais elevado de surtos psicóticos anteriores, entre três a cinco, foi registado na anamnese psiquiátrica.

Amostra de voluntários normais

A amostra comparativa de sujeitos voluntários normais (N=15), foi recolhida no Laboratório de Psicologia. Trata-se de uma subamostra, tirada aleatoriamente de um universo mais extenso de sujeitos normais que foram submetidos aos mesmos instrumentos de medida e interacção social experimental dos esquizofrénicos paranóides. A escolha deste quantitativo foi feita com base na já longa experiência de investigação, com uso de métodos e técnicas experimentais do grupo de Psicologia, muito anterior aos trabalhos sobre Relações Interpessoais (J.S.da Fonseca e col., 1974 a 1984). O controle das variáveis tais como a "normalidade", foi feito com base na entrevista clínica e nos resultados dos testes de personalidade (M.M.P.I. e Rorschach). As amostras -normal e patológica- eram comparáveis no que diz respeito ao nível de eficiência intelectual e factor geral de inteligência (escala de W.A.I.S. e Matrizes Progressivas de Raven). Em ambos os grupos, a curva de distribuição dos valores dos quocientes de inteligência e factor G, não diferiam significativamente estando os valores situados nos limites entre um desvio padrão acima ou abaixo da média. Nas duas amostras o nível educacional era superior ao 2º ano do Ciclo Preparatório. Outro tipo de variáveis (ajustamento social, nível cultural, económico, etc.) não foram consideradas para os critérios de comparabilidade por estarem excluídas do desenho da experiência nesta fase actual do estudo das Relações Interpessoais em grupos sociais restritos.

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO EXPERIMENTAL

AS SITUAÇÕES DE RELAÇÃO INTERPESSOAL NUM GRUPO RESTRITO.

A situação experimental consistia num grupo social formado por quatro experimentadores com uma constituição que se tentou manter constante no que se refere à distribuição dos papéis pela idade e sexo dos participantes, assim como o local da experiência. Os membros do grupo estabeleciam uma relação interpessoal com o sujeito de experiência, através da leitura ritualizada de um conjunto de frases escritas com uma sequência temporal, sintaxe e conteúdo que não podiam ser alterados. Um quinto experimentador actuava como observador durante a fase de participação dos outros membros do grupo e colocava ao sujeito de experiência a intervalos ou nas interrupções regulares, um conjunto de questões sobre o bloco de frases lidas imediatamente antes e sobre as respostas do próprio sujeito. As perguntas eram formuladas com uma sequência e conteúdo fixos.

As situações experimentais foram gravadas em "videotape" numa primeira fase dos trabalhos e posteriormente em material audio.

Todos os sujeitos de experiência recebiam como preparação inicial a informação de que iriam participar numa experiência com outras pessoas, que deveriam tentar adaptar-se à situação, compreender o que se estava a passar e intervir activamente sempre que o desejassem fazer. Pelo contrário, o grupo tinha a sua liberdade limitada à representação do papel que lhe estava prescrito, assim como o quinto sujeito se tinha de limitar à formulação das perguntas pré-estabelecidas, embora pudesse ter outras intervenções

MATERIAL E METODOS

esclarecedoras do sujeito de experiência sobre o conteúdo das perguntas, se este tivesse dúvidas.

As perguntas, num total de catorze, divididas em três blocos, eram referidas aos seguintes aspectos da interacção: a) características gerais da situação social; b) papéis, atitudes e estados afectivos dos outros membros do grupo, enquanto "personagens" da situação simulada; c) papel, atitudes e estados afectivos do próprio, enquanto sujeito da interacção. Estes três blocos de perguntas eram feitas repetidamente, em interrupções regulares no decurso da interacção, de cada vez que um conjunto de oito frases era lido pelos quatro membros do grupo. O sujeito era interrogado - em relação aos aspectos da interacção mencionados - contidos nas frases lidas imediatamente antes da interrupção e sobre as suas próprias respostas, solicitado à comparação entre a opinião actual e a expressa na interrupção anterior.

O sujeito de experiência era confrontado com a simulação de **quatro situações sociais**. A primeira situação social era a única claramente denotada, de um modo intencional, com o fim de "distrair o sujeito da finalidade social imediata da experiência e permitir uma preparação inicial estável" (J.S.Fonseca e col. 1981).

a) na **primeira situação social** o grupo pedia ao sujeito que cooperasse numa experiência que consistia na investigação dos efeitos de um certo composto farmacológico. Para o persuadir a participar, isto é, a tomar o composto, era invocado um conjunto de argumentos de tipo emocional ou afectivo, de natureza ética, normativa ou ideológica, com carácter religioso ou situacional ou ainda sob a forma de razões afirmadas como pertencendo supostamente ao sujeito de experiência;

b) sem de qualquer modo prevenir o sujeito, o conteúdo verbal das comunicações dos experimentadores modificava-se para um novo conjunto de frases que simulavam uma **segunda situação social** de interacção familiar de tipo conflitual. Os personagens desta situação representavam os principais membros de uma

MATERIAL E METODOS

família. O sujeito era criticado e censurado pelas "figuras parentais", com recriminações e exigências implícitas, respeitantes às suas atitudes e ao seu comportamento passado, em relação a aspectos afectivos da relação pessoal, não cumprimento de normas e deveres familiares, transgressão de regras socialmente aceites, atitudes políticas em contradição com as do grupo familiar ou atitudes visando a autonomia do sujeito. Dos personagens cujos papéis representavam outros elementos da família, um deles assumia uma atitude de defesa do personagem representado pelo sujeito de experiência, enquanto que o outro tomava uma posição agressiva, solidarizando-se com os personagens "parentais". O diálogo desta situação foi rigorosamente construído de modo a evitar qualquer palavra que denotasse a situação familiar ou que permitisse ao sujeito de experiência uma identificação que não fosse feita através da compreensão das regras de caracterização, implícitas nas relações entre os membros do grupo e pela consequente formulação de hipóteses sobre a sua identidade;

c) sem transição, uma **terceira situação social** era simulada, por modificação no conteúdo da comunicação dos quatro membros do grupo. O grupo passava a oferecer ajuda ao personagem representado pelo sujeito de experiência. Esta ajuda era expressa de um modo não denotativo e de uma forma institucionalizada pela menção das regras e atributos implícitos numa situação organizada e estruturada com essa finalidade. Simultaneamente as intervenções dos membros do grupo tinham um carácter afectivo positivo. Os papéis sociais do grupo podiam ser identificados como sendo os de uma equipa médica (incluindo médicos com estatutos diferentes, enfermeira e assistente social). No entanto, outra identificação global podia ser feita desde que o fosse no contexto de uma ajuda institucionalizada;

d) novamente sem transição ostensiva, o grupo passava a simular uma **quarta situação social**. Esta era uma situação de acusação em que um juízo de

valor negativo, uma crítica e censura eram formuladas contra a personagem ou sujeito de experiência. A crítica tinha por base a afirmação de que este não teria respeitado ou teria transgredido regras institucionalmente aceites. Nunca era mencionado, na comunicação verbal dos intervenientes, o motivo factual da acusação a não ser de um modo indirecto através dos atributos negativos, implícitos na presumível atitude do sujeito e nas consequências institucionalmente determinadas para os actos praticados. As regras objectivas e os atributos de uma situação de julgamento e de um interrogatório, nesse contexto, eram mencionados por três dos membros do grupo com um conteúdo afectivo agressivo e de censura, enquanto o quarto interveniente assumia uma posição defensiva expressa de um modo pessoal, não institucionalizado.

O tempo de duração da experiência dependia apenas do tempo total de resposta de cada sujeito. O tempo de latência era muito variável, assim como a extensão da comunicação verbal que podia consistir em frases curtas ou num discurso prolongado e prolixo. A duração média da experiência, na nossa amostra, foi de cerca de 4 a 5 horas. No entanto certos esquizofrénicos paranóides tinham tempos de resposta muito mais elevados, por vezes não sendo possível terminar as quatro situações sociais no mesmo dia de experiência. O tempo mínimo de duração foi cerca de uma hora e meia e o máximo de cerca de trinta e seis horas. Esta variabilidade fez com que alguns sujeitos tivessem sido, como mencionámos, retirados da amostra final, dado não reunirem condições de comparação e tornarem os dados excessivamente heterogéneos. A totalidade das respostas verbais, fornecidas pelos sujeitos em cada interrupção, foram literalmente transcritas. Cada unidade mínima de discurso ou "resposta" foi classificada de acordo com as categorias de interacção que descreveremos em seguida. Os critérios para a divisão de cada "texto" em "respostas" ou unidades mínimas de análise serão posteriormente explicitados.

**OS FENÓMENOS DE RELAÇÃO INTERPESSOAL
ANÁLISE DOS DADOS OBSERVADOS-
-NÍVEIS DE INTERPRETAÇÃO**

No estudo experimental das relações interpessoais na esquizofrenia paranóide, de acordo com o modelo teórico de base, utilizámos para a quantificação dos dados observados o segundo tipo de fenómenos de aprendizagem social, descritos no capítulo anterior. Estes fenómenos consistem em operações de identificação de atributos de referência, explícitos ou implícitos, introduzidos à-priori na construção das situações sociais, identificações necessárias para a produção das respostas do sujeito de experiência, solicitadas em cada interrupção da interacção social. Ao nível do modelo, estes fenómenos são constructos teóricos, interpretados como um conjunto de operadores e de regras de transformação efectuadas sobre eles. Operadores que possuem uma estrutura generativa dos estados internos do sujeito, das suas intervenções verbais num certo instante assim como das transformações ou mudanças que sofrem - mudanças de estado (internas) e de comunicações verbais (observáveis) - quando o sistema é submetido a uma sequência de solicitações. Ao nível da aplicação experimental do modelo de interacção num grupo social restrito, os estados internos correspondem ao estado de conhecimento do sujeito sobre o processo e a estrutura das relações entre os elementos do grupo social, expresso sob a forma de enunciados verbais; as solicitações do sistema equivalem às perguntas que são colocadas a cada interrupção da situação; e as mudanças de estado às modificações no conhecimento do sujeito relativamente às transformações da estrutura de interacção, nas transições de interrupção ou situação. De referir que são conhecidos quer o estado inicial do sistema, quer o estado de informação fornecida ao sujeito ao longo das situações sociais.

As intervenções verbais, produzidas pelo sujeito a cada interrupção, têm um conteúdo social quando consistem em caracterizações objectivas das relações interpessoais, dos membros do grupo e do próprio, na situação social simulada. Verificou-se na análise dos protocolos de experiência que estas operações de identificação de dados, ou seja, o modo como a caracterização é obtida, como o sujeito opera sobre o referencial (atributos e relações entre atributos) para atingir um certo estado de conhecimento das características da interacção, surgiam com correlações estáveis entre si e específicas de um dado sujeito ou conjunto de sujeitos que as utilizam. É possível, então, supor que estas operações possuem uma organização interna, subjacente e na génese de uma forma de "saber" social que teria um dado sujeito se estivesse envolvido numa interacção real. Neste sentido, pode afirmar-se a importância da estrutura dos operadores generativos para a explicação de um conjunto de fenómenos da relação interpessoal efectiva.

As operações de identificação de dados podem ser adequadas ou desadequadas, relativamente ao modo como é feita a caracterização da relação social. Possuem assim o valor heurístico dos indicadores da adequação versus a desadaptação, que previsivelmente teriam os sujeitos numa relação interpessoal efectiva com os membros do grupo, quantificáveis pela frequência relativa com que ocorrem os dois tipos de operações -adaptadoras ou maladaptadoras.

A coerência teórica do modelo de relações interpessoais, permitiu introduzir analiticamente o conceito de indicadores gerais de adaptação social (J. Simões da Fonseca e col., 1982) ou medidas de adaptação interpessoal em grupos sociais restritos: quociente de entropia condicional, quociente de valor referencial e quociente de probabilidade de operações adaptativas versus maladaptativas. As estruturas de operadores que correspondem a esta organização das operações podem ser designadas por estruturas generativas de perturbações da adaptação social.

Ao nível dos observáveis, quer as operações de

identificação de atributos quer os indicadores de adaptação social, podem ser avaliados pela sua distribuição de frequência por interrupção ou situação social. Por conseguinte, a descrição de cada sujeito, do ponto de vista da sua relação interpessoal, é feita sob a forma de um vector cujos componentes são as medidas de frequência das operações de identificação por ele produzidas em cada unidade verbal de análise. Descrição que em amostras de populações de indivíduos, toma a forma de uma matriz (de sujeitos por vectores de variáveis) em acordo com a natureza multidimensional dos dados. Torna-se, assim, possível e necessário para a análise destes resultados experimentais, utilizar métodos matemáticos e estatísticos multivariados. Os métodos matemáticos que aplicámos aos dados colhidos na amostra de esquizo-frénicos paranóides, no decurso das situações sociais simuladas laboratorialmente, serão desenvolvidos neste capítulo.

Denotação dos fenómenos de relação interpessoal.

Na primitiva classificação dos dados, inferidos dos protocolos individuais recolhidos em doentes de vários grupos de diagnóstico, isolaram-se um conjunto de duzentas operações de identificação de atributos que permitiam aos sujeitos de experiência atingir um certo estado de conhecimento sobre a interacção social no seu conjunto e relações entre os membros do grupo.

Deste conjunto inicial, foram seleccionadas 45 categorias ou classes de operações que, por exigências do tratamento matemático dos dados, foram posteriormente condensadas em 20 categorias de relação interpessoal, que são as utilizadas neste trabalho. De acordo com o referido no capítulo anterior, o critério de condensação, para a minimização da perda de informação, consistiu na reunião em classes das operações de identificação de dados, cuja estrutura analítica tinha características comuns, a nível das

MATERIAL E METODOS

regras e formas de produção do estado de conhecimento do sujeito sobre a situação social, expresso verbalmente. As classes então descritas, em extensão, foram denotadas de um modo abreviado, por necessidade de transmissão dos resultados.

No presente trabalho utilizámos três variedades de denotação: uma designação, sumária, das categorias condensadas para algumas descrições de resultados estatísticos incluídos no próprio texto; a denotação abreviada que tem sido utilizada em todos os trabalhos publicados com a aplicação do actual modelo experimental (por exemplo nas tabelas e quadros); e finalmente uma forma mais abreviada para a representação gráfica das categorias. Estas denotações podem ser observadas nos Quadros 4.4 e 4.5.

Quadro 4.4-Designação sumária das categorias de interacção social.

- 1 Referências elementares
- 2 Agregação de referências ou construções limitadas
- 3 Referências complexas ou construções lógicas complexas
- 4 Posição ou construção da identidade do próprio
- 5 Posição ou construção da identidade dos outros
- 6 Declarações vivenciais
- 7 Declarações afectivas ou valorativas dos outros com carácter positivo
- 8 Declarações afectivas ou valorativas dos outros com carácter negativo
- 9 Declarações afectivas ou valorativas do próprio com carácter positivo
- 10 Declarações afectivas ou valorativas do próprio com carácter negativo
- 11 Declarações normativas
- 12 Acentuações e Relações não usuais

MATERIAL E METODOS

- de significado
- 13 Declarações alternativas contradi-
tórias ou autlimitativas
 - 14 Respostas sumárias holofrásticas
 - 15 Rigidez ou manutenção das respostas
 - 16 Declarações de incapacidade
 - 17 Justificações vivenciais, por doença
ou afirmação de doença ou sintomas
 - 18 Declarações de ajuda ou terapêutica
 - 19 Translações exteriores, reorganização
dos dados, mudanças semânticas
 - 20 Comentários mistos, referências com
dados vivenciais complexos

Quadro 4. 5- Denotação das categorias
sociais utilizadas nos
quadros e gráficos.

nº	Quadros	Gráficos
1	REFER	REFER
2	AGREG/CONSTR LIMIT	CONSTR LIMTD
3	CONSTR COMPLEX/ EXPLOR HIP	CONSTR COMPLEX
4	POSIÇÃO PROPR/ JUST PERS/AUTO- CONSTR	POSIÇÃO PROPR
5	POSIÇÃO ALTER/ ALOCONSTR	POSIÇÃO ALT
6	DECL VIVENC	DECL VIVENC ⁺
7	AFFECT VAL ALT ⁺ POSIT/COOP ALT ⁻	AFFECT ALT ⁺
8	AFFECT VAL ALT ⁻ NEGAT/REJEI ALT ⁺	AFFECT ALT ⁻
9	AFFECT VAL PROP ⁺ POSIT/COOP PROP ⁻	AFFECT PROP ⁺
10	AFFECT VAL PROP ⁻ NEGAT/REJEI PROP	AFFECT PROP ⁻

MATERIAL E METODOS

Quadro 4.5-Denotação das categorias sociais (cont.)

11	DECL NORMATIVAS	NORMATIVAS
12	ACENTUAÇÕES/ AORG/SIGNIF RELAT	REL SIG
13	DECL ALTERN	DECL ALTERN
14	HOLOF/QUHOLOF	QUHOLOF
15	RIGID	RIGID
16	INCAPACIDADE/ DECL IMPOT	IMPT
17	JUST VIVENC/DOEN	JUST VIVENC
18	DECL SINT	
18	DECL AJUDA/TERAP/ DIAG	AJUD+TERAP
19	CONT EXT/TRANSLAC	TRANSLAC
19	REORG/"DRIFT"SEM	
20	COMENT MIST	MIST COMENT

Categorização dos protocolos verbais

As produções verbais dos sujeitos, respostas fornecidas às perguntas que lhe foram formuladas a cada interrupção, tinham uma natureza interpessoal, correspondiam à sua perspectiva sobre o modo como as interações sociais se manifestavam no pequeno grupo e estruturavam ao longo do tempo. Estes protocolos, gravados no decurso da experiência, foram analisados de acordo com os critérios de classificação das categorias de relação interpessoal.

Considerou-se então, à semelhança do que tinha sido feito em trabalhos anteriores, como **unidade mínima de análise** a frase de menores dimensões que possuía uma estrutura sintática e semântica

susceptível de classificação vectorial com o primeiro tipo de categorias cognitivas de interacção e aprendizagem social, que foram utilizadas nos estudos experimentais das relações interpessoais. Estas categorias, que constituíam os elementos dum vector de decisão eram, de acordo com a descrição em detalhe que foi feita no capítulo anterior, as seguintes: uma categoria cognitiva geral (CT1), duas categorias cognitivas particulares (CT21 e CT22), a cada uma das quais está associado um valor referencial de verdade (LOGVAL, LOGVL1 e LOGVL2) e um valor declarado de verdade (CT1TDV, CT2TDV). Embora estas categorias não tenham sido consideradas para os resultados experimentais do presente trabalho, foram mesmo assim identificadas e codificadas nos protocolos verbais dos esquizofrénicos paranóides da presente amostra. Constituam um critério de rigor para determinar a unidade verbal e cognitiva mínima de análise, susceptível de ser então categorizada com o segundo conjunto de fenómenos de relação interpessoal utilizados pelo grupo de Psicologia, isto é com o conjunto de operações de identificação de dados da situação social. O significado deste critério era o seguinte: se numa frase - por falta de elementos sintáticos ou semânticos - não fosse possível identificar a função de decisão (formada por um CT1, dois CT2, um LOGVAL e dois LOGVL) utilizada pelo sujeito que a produz, para colocar e transformar hipóteses sobre a situação social, hipóteses que possuíam um certo grau de abstracção cognitiva e um certo um valor de verdade relativa ao referencial, não existiam também elementos para identificar, de um modo rigoroso, a estrutura analítica dos operadores generativos dos estados internos de conhecimento do sujeito e das suas intervenções externas de natureza interpessoal.

O número de unidades verbais de análise de cada protocolo no seu conjunto, atingia quantitativos muito elevados, variáveis com os sujeitos, cujo valor médio era de aproximadamente 300 "frases" por sujeito, considerando a amostra de esquizofrénicos

paranóides que estamos a analisar.

Para a totalidade dos sujeitos, incluídos nas amostras de voluntários normais e de esquizofrénicos paranóides, foram calculadas as frequências com que ocorriam cada uma das 20 categorias ou operações de identificação de dados sociais, feita uma tabela de frequência por interrupção e por situação social, material que serviu de base ao estudo quantitativo cujos resultados serão descritos no capítulo 5 de "Resultados Experimentais".

AVALIAÇÃO CLÍNICA QUANTITATIVA

Para a avaliação clínica dos doentes esquizofrénicos paranóides que fizeram parte da amostra deste estudo, utilizámos três tipos de instrumentos de colheita de dados: a história clínica da doença, a história biográfica e a observação psicopatológica no decurso da entrevista; a entrevista clínica estruturada "PSE (Present State Examination)", 9ª edição (Wing, 1971); a escala de avaliação psiquiátrica - o sistema AMDP na adaptação à língua portuguesa de M. Paes de Sousa e col. (1984).

Os dois primeiros métodos visavam uma avaliação qualitativa dos dados clínicos com fins diagnósticos e de selecção da amostra. A entrevista e colheita da anamnese permitem obter, para cada caso considerado individualmente, uma descrição fenomenológica dos sintomas, síndromas e suas evoluções diacrónicas, do tipo de personalidade pré-mórbida e da situação actual do doente. Estes dados eram incluídos em tipos clínicos de acordo com o Sistema de Diagnóstico Internacional das Doenças Mentais ICD-9 e com o DSM-III. A entrevista estruturada, sob a forma de um questionário, que continha parte dos dados obtidos pelo método anterior, possibilitava a sua ordenação sistemática numa lista de sintomas. Em trabalhos anteriores de avaliação de critérios de diagnóstico (Wing e col., 1974), o "PSE" revelou-se como um

MATERIAL E METODOS

instrumento útil para a discriminação entre subtipos clínicos de esquizofrenia, com os dados deste questionário o diagnóstico poderia ser feito com uma probabilidade aceitável de erros de inclusão, de um ponto de vista da validação consensual e cruzada. A escala de apreciação ou avaliação psiquiátrica AMDP, foi utilizada neste trabalho, para a quantificação dos sintomas psicopatológicos com fins de tratamento matemático dos dados.

O EXAME DO ESTADO ACTUAL OU "PSE"

O Exame do Estado Actual ("Present State Examination"), é uma entrevista clínica estruturada, desenvolvida com o objectivo de obter uma descrição válida e fiável do estado mental dos doentes neuróticos ou psicóticos. Esta entrevista sofreu nos últimos anos várias modificações que foram extensamente testadas em oito primeiras edições (Kendell e col., 1968; Cooper e col., 1972; Wing, Cooper e Sartorius, 1974; Wing e Sturt., 1978). De acordo com o manual, esta entrevista consiste numa lista de itens que cobrem sistematicamente todos os fenómenos habitualmente avaliados no decurso de um exame clínico-psiquiátrico.

Neste questionário em relação à maior parte dos sintomas é sugerida uma pergunta que facilita a sua avaliação e quantificação. No entanto, o entrevistador é livre de não o usar sob essa forma estruturada. Pode utilizar um método mais clínico, desde que fiquem cobertas todas as áreas contidas no questionário. Cada sintoma é avaliado em relação à ocorrência e intensidade num período que abrange o mês anterior à observação actual. Os dados obtidos pelas aplicações do PSE, isto é os 140 sintomas, podem ser submetidos a um processo de classificação, cuja finalidade é a redução da informação para fins diagnósticos. Esta classificação foi automatizada num programa (CATEGO) que engloba vários estadios classificatórios

e de conjugação de dados. No primeiro estadio os sintomas são agrupados em síndromas (35 síndromas) numa base clínica. Em seguida existe no programa de computador um conjunto de regras para a combinação dos síndromas de modo a obter categorias descritivas (6 categorias). Cada doente pode ser posicionado em mais do que uma categoria, se apresentar um quadro clínico compatível. As categorias descritivas são obtidas por combinações de síndromas, de acordo com a natureza dos sintomas: esquizofrénico, maníaco, depressivo, ansioso, histérico, obsessivo e psicótico ou não psicótico. As categorias descritivas são úteis do ponto de vista clínico porque permitem, em relação a cada doente, o conhecimento da extensão e variedade sintomatológicas e o grau de certeza sobre a presença dos sintomas. No entanto, de acordo com os princípios de classificação do sistema CATEGO, para o diagnóstico é necessário que cada sujeito seja incluído apenas num tipo clínico com ou sem alternativas. Este objectivo é conseguido pela transformação das categorias descritivas em classes. Admite-se como pressuposto que as regras de decisão que permitem determinar qual o fenómeno clínico mais importante para a classificação final, dependem da atribuição de um certo peso e prioridade a cada categoria descritiva. Na elaboração deste estadio do programa, está implicada a hipótese de que este processo é a simulação do raciocínio para um diagnóstico final. No entanto, Wing (1982), chama a atenção para o facto das classes não serem "diagnósticos" no sentido clínico, nem existir a pretensão de sugerir que as regras do CATEGO sejam normas para um processo de diagnóstico a ser utilizado na clínica. O programa inclui, numa primeira fase os síndromas em "classes descritivas". Para fins de tratamento estatístico as 50 classes iniciais foram colapsadas num número muito menor - de 12 a 16 classes- conforme os critérios de coalescência. Nestes critérios incluíram-se dados anamnésticos ou etiológicos avaliados por escalas independentes do PSE.

O PSE e o sistema de classificação CATEGO têm

MATERIAL E METODOS

sido nos últimos anos utilizados em numerosos projectos de investigação. Os dados de dois projectos internacionais (US-UK Projecto de Diagnóstico e Estudo Piloto Internacional da Esquizofrenia da O.M.S.) recolhidos em larga escala, permitiram a Wing e col. realizar um conjunto de estudos de validação concorrente e preditiva das classes CATEGO, feitas em relação a um diagnóstico psiquiátrico independente das escalas.

Para o diagnóstico das "Psicoses esquizofrénicas paranóides" os sintomas que se revelaram mais discriminativos foram: ideias delirantes de controle, intromissão, difusão ou bloqueio de pensamento e alucinações auditivas. A classe CATEGO mais relevante para o diagnóstico é a "classe S" que contem estes sintomas associados ao sintoma - "diálogo ou comentário de vozes"- sob a forma de alucinações auditivas. Outras duas classes em que os doentes esquizofrénicos foram também incluídos, são: a "classe P" que inclui os doentes com delírios e alucinações, sem alteração evidente do humor no sentido da depressão ou da elação e sem os sintomas incluídos no "síndrome nuclear" (perturbações de pensamento - intromissão, eco, difusão e roubo - comentários de vozes, ideias delirantes de influenciamento e delírios primários) e a "classe O" que inclui os sintomas catatónicos. Berner e col. (1983), na revisão dos critérios de diagnóstico da esquizofrenia, afirmam que os problemas do uso diagnóstico dos critérios da classe S são idênticos aos levantados pelos sintomas de 1ª ordem no sentido de K.Schneider. Estes sintomas só teriam valor tipológico diferencial na ausência de psicoses orgânicas, facto que lhes confere o carácter de não serem universalmente aplicáveis.

Em 1979, fizemos uma tradução do "Present State Examination" (9ª ed.) para a lingua portuguesa em colaboração com M. Paes de Sousa cuja versão final, após aplicação piloto, foi incluída no conjunto de instrumentos clínicos de medida, para a caracterização da amostra de esquizofrénicos paranóides que estudamos neste trabalho.

O SISTEMA AMDP

O segundo instrumento de quantificação dos sintomas psicopatológicos que utilizámos, foi o sistema AMDP, na adaptação à língua portuguesa de M. Paes de Sousa (1984) com quem colaborámos para esse efeito. Este sistema é baseado na terminologia psicopatológica tradicional e está construído numa visão semiológica e não diagnóstica. Teve a sua origem na Alemanha no trabalho de um grupo de investigadores em Psiquiatria (Angst e col. 1969). Posteriormente, têm sido feitas adaptações rigorosas a várias línguas por grupos de trabalho, existindo no momento actual a possibilidade de ser aplicado, com fiabilidade, equivalência conceptual e validade, a um nível quase internacional. Para além da versão original alemã estão concluídas e admitidas como válidas adaptações a uma extensa variedade de línguas (francesa, inglesa, espanhola, italiana, dinamarquesa, portuguesa e japonesa) que foram submetidas a verificação cruzada pela colaboração de um Secretariado Internacional, o que confere um grau razoável de coesão entre a denotação e o conteúdo de cada item.

As escalas do AMDP que possibilitam uma avaliação quantitativa, dos sintomas psicopatológicos e somáticos, presentes num dado doente (escalas IV e V) contêm uma lista extremamente detalhadas de itens (115 itens na escala psicopatológica e 47 itens na escala somática). Estas escalas foram sujeitas a numerosos trabalhos de validação e fidelidade, que no caso da adaptação portuguesa se processaram nos últimos seis anos (Paes de Sousa e col. 1978-84). No trabalho actual optámos pela avaliação clínica quantitativa obtida através da escala AMDP para descrever de um ponto de vista psicopatológico os doentes esquizofrénicos paranóides. Razões de investigação reforçaram esta escolha, pela possibilidade de comparação com outros grupos de diagnóstico.

VARIÁVEIS PSICOPATOLÓGICAS CONDENSADAS (AMDP)

No decorrer dos trabalhos de investigação do grupo de Psicologia, procedeu-se a uma coalescência dos itens das Escalas IV e V do AMDP em 20 variáveis clínicas (J.Simões da Fonseca e col. 1982). Na base deste procedimento estiveram razões de ordem metodológica.

A necessidade de utilizar métodos estatísticos multivariados, que melhor se adaptassem à natureza dos dados de que dispunhamos, impôs restrições às matrizes de base (sujeitos por variáveis). Não é rigoroso ter uma matriz em que o número de variáveis ou de caracteres descritivos seja superior ao número de objectos ou sujeitos a descrever. Para além do facto dos itens sintomatológicos do AMDP serem em número excessivo (129 itens) para a dimensão habitual de amostras utilizadas em estudos experimentais, o projecto incluía outras variáveis- de relação interpessoal- para além das descrições clínicas. Efectivamente não se visava um estudo sintomatológico, mas um estudo das relações interpessoais de sujeitos pertencentes a vários grupos de diagnóstico, em interacções sociais restritas numa situação de natureza experimental. As variáveis clínicas foram introduzidas com a finalidade de fazer a validação cruzada dos sinais ou indicadores sociais com os sintomas psicopatológicos, considerados como indicadores de doença. Neste contexto, o número de variáveis que teriam de ser analisadas- sociais e clínicas- formaria um conjunto ainda mais extenso. Em segundo lugar, existe uma importante limitação ao cálculo matricial, dado que algumas operações não se podem efectuar quando o número de zeros excede um determinado limite. É manifesto pressupor que isto se verificaria nos estudos que incluem sujeitos de vários grupos de diagnóstico, como eram os trabalhos em questão.

Efectivamente, nas matrizes que englobavam o conjunto dos doentes em estudo, a variedade da sua caracterização sintomática conduzia ao preenchimento da quase totalidade dos itens das escalas do AMDP, embora com frequências muito variáveis. O número de valores nulos poderia ser eliminado pela exclusão dos sintomas cuja frequência não ultrapassasse um certo limiar ou pela sua inclusão noutros itens, procedimento que é utilizado em muitos trabalhos de investigação. No entanto, é evidente o carácter arbitrário deste método no qual não se faz intervir a natureza ou qualidade dos itens. Para além destas considerações de natureza pragmática que determinaram, na fase inicial dos trabalhos do grupo de Psicologia, a necessidade de proceder à condensação de itens psicopatológicos, razões de ordem teórica e conceptual estiveram na base das decisões relativas ao tipo de critérios utilizados para a sua efectivação.

Os sintomas ou factos clínicos complexos, variáveis e de diferente natureza, poderiam ter sido agrupados quando a sua ocorrência se produzisse em elevada simultaneidade temporal, facto que lhes conferiria o carácter de uma organização aparente, constante e estável; ainda quando a semelhança das suas qualidades ou atributos, possibilitasse a compreensão e descrição fenomenológica de uma forma ou totalidade coerente.

No entanto, a este tipo de agrupamento ou de conjugação de elementos ou componentes em totalidades sintéticas - resultados finais e exteriores de diversos modos de organização - pode contrapor-se um outro modo de estruturação dos elementos em classes, pela definição dum conjunto de regras ou de operações generativas ou caracterizadoras de uma relação hipotética, entre uma estrutura que é interna e subjacente e uma organização que é exterior e observável.

Na condensação dos sintomas ou itens do AMDP, para algumas classes, denotadas como "variáveis psicopatológicas ou clínicas", utilizou-se o segundo tipo de critério de agrupamento. As regras de decisão que

permitiram a inclusão dos itens (ou condensação) nas respectivas variáveis referem-se: 1) à natureza da relação analítica entre os elementos constituintes dos sintomas observáveis ou ao seu grau de complexidade lógica; 2) ao tipo de organização de que depende a distância ou distorção da realidade externa; 3) ao nível de organização que está alterada, na valência negativa ou positiva: orgânico, afectivo ou valorativo, emocional, vivencial ou pessoal, relacional ou interpessoal; 4) às acentuações ou amplificações incongruentes de elementos que se exprimem dum modo instável e contraditório; 5) à forma de construção de uma identidade pessoal e dos limites entre a estrutura interna e a realidade exterior; 6) ao tipo de organização dos atributos internos que se exprimem em atitudes ou posições pessoais.

As variações observáveis nos componentes (ou elementos sintomáticos) foram conceptualizadas num conjunto de dimensões ou dimensionalidades em que estão implícitas estas regras de inclusão em classes ou variáveis psicopatológicas condensadas.

As dimensões utilizadas para designar os agrupamentos de itens foram, mais explicitamente, as seguintes: 1) elementos organizados ou não organizados, ou seja, originados por relações lógicas analíticas complexas entre fenómenos ou por relações lógicas não estruturadas do ponto de vista analítico, isto é, constituídas por fenómenos isolados ou agrupados temporalmente, sem outro nexó relacional que não seja a simples sucessão no tempo; 2) psicótico ou não psicótico (grau) de acordo com a maior ou menor perda do contacto com a realidade ou distância da mesma. Depende do tipo de elaboração das referências concretas ou atributos do meio interno e externo, pela introdução de factores de distorção (semântica, de intencionalidade, etc.) e estabelecimento duma estrutura relacional idiossincrática; 3) a) orgânico ou funcional, de acordo com a existência de manifestações com causalidade somática conhecida, divididas por sua vez em alterações da consciência (orgânica em sentido restrito), alterações vegetativas

ou de conversão somática; b) alterações prodominantes da dimensão afectiva, valorativa ou ideativa, na relação do próprio consigo mesmo ou com os outros, seja no sentido negativo: indiferença afectiva, tristeza, auto/hetero-desvalorização, pessimismo, sentimentos de culpa, sentimentos de ruína, perda de gosto de viver, diminuição da energia, etc.; seja no sentido positivo: euforia, sentimentos de sobrevalorização, aumento de energia. Os primeiros são predominantes na variável sintomática condensada: "Tristeza" (V.31) e os segundos na "Série expansiva" (V.33); c) alterações das atitudes para com os outros ou para com o próprio na dimensão da crítica, rejeição ou hostilidade (desconfiança, disforia, irritabilidade, agressividade, tendências suicidárias, automutilação) condensadas na variável "Disforia de grau elementar ou organizado" (V.34); 4) acentuações ou amplificações incongruentes dos elementos afectivos, valorativos ou semânticos, que se exprimem em relação aos outros dum modo instável e contraditório (ambivalência afectiva, discordância afectiva, labilidade afectiva, teatralismo, etc.), condensadas na variável "Instabilidade afectiva de grau elementar ou organizado" (V.35); 5) dimensão que implica uma alteração predominante na construção da identidade pessoal e dos limites entre a estrutura interna e a realidade exterior, ou seja, das relações entre a estrutura vivencial do sujeito com o meio "externo", com perda dos limites cognitivos entre ambos (desrealização, despersonalização, difusão do pensamento, etc.) codificada na variável sintomática: "Alterações do Eu" (V.27); 6) dimensão referente à organização pessoal das atitudes de reconhecimento da necessidade de ajuda terapêutica, do reconhecimento ou negação da existência de doença do próprio (ausência do sentimento de estar doente, não consciência da doença, recusa de tratamento) itens que foram condensados na variável sintomática: "Condutas que implicam o não reconhecimento da doença" (V.37).

As variáveis condensadas "Obsessões e Fobias" (V.28) e "Ansiedade" (V.32), correspondem a

MATERIAL E METODOS

agrupamentos ou classes, (próximas dos síndromas) foram, segundo o primeiro procedimento que anteriormente referimos, isto é, correspondem a conjunções temporais estáveis ou organizações fenomenológicas coerentes, com carácter sintético e observáveis como totalidades.

As dimensões que utilizámos não são ortogonais entre si e podem estar associadas numa mesma classe. É o caso, por exemplo, das dimensões complexidade lógica ou elementaridade lógica que não são inteiramente independentes das dimensões psicótico - não psicótico, da dimensão afectiva ou das acentuações de atitudes, afectivas ou valorativas na relação com o próprio ou com os outros. Haverá ainda componentes nos dados clínicos que podem estar alterados ao longo de uma ou mais dimensões.

No quadro seguinte podem ser observadas as 20 variáveis psicopatológicas que derivaram da coalescência dos itens da escala AMDP (as numerações que precedem cada item são as originais da escala AMDP).

VARIÁVEIS PSICOPATOLÓGICAS (20 V.) COALESCÊNCIA DOS ITEMS DA ESCALA AMDP IV E V

Items do AMDP IV

V. 21 - PERTURBAÇÕES DA CONSCIÊNCIA DE BASE ORGÂNICA

1. Diminuição da vigilância
5. Perturbação da orientação no tempo
6. Perturbação da orientação no espaço
7. Perturbação da orientação relativa
à situação
8. Perturbação da orientação relativa
à própria pessoa

V. 22 - PERTURBAÇÕES FUNCIONAIS DA CONSCIÊNCIA

- 2. Turvação da consciência
- 10. Perturbação da concentração
- 11. Perturbação da memorização
- 12. Perturbação da evocação

V. 24 - PERTURBAÇÕES NÃO PSICÓTICAS
DA MEMÓRIA E DO PENSAMENTO

- 13. Confabulação
- 14. Paramnésias/hipermnésias
- 15. Pensamento inibido
- 16. Pensamento lentificado
- 17. Pensamento circunstanciado
- 18. Pobreza de pensamento
- 19. Perseveração verbal

V. 25 - PERTURBAÇÕES NÃO ORGANIZADAS
DO PENSAMENTO

- 21. Pensamento automático
- 22. Fuga de ideias
- 23. Respostas ao lado
- 24. Pensamento bloqueado
- 25. Pensamento desagregado/incoerente
- 26. Neologismos

V. 26 - PERTURBAÇÕES ORGANIZADAS
DO PENSAMENTO E DA VIVÊNCIA

- 33. Humor delirante
- 34. Percepção delirante
- 35. Intuição delirante
- 36. Ideias delirantes não
sistematizadas
- 37. Delírio sistematizado
- 38. Dinamismo do delírio
- 39. Auto-relação delirante
- 40. I.D. de prejuízo/perseguição
- 41. I.D. de ciúme

MATERIAL E METODOS

- 42. l.D. de culpabilidade
- 43. l.D. de ruína
- 44. l.D. hipocondríacas
- 45. l.D. de grandeza
- 46. Outros temas delirantes

V. 27 - ALTERAÇÕES DO EU

- 53. Desrealização
- 54. Despersonalização
- 55. Difusão do pensamento
- 56. Roubo do pensamento
- 57. Influenciamento do pensamento
- 58. Outras vivências
de influenciamento
- 59. Perplexidade

V. 28 - OBSESSÕES E FOBIAS

- 29. Fobias
- 30. Pensamentos obsessivos
- 31. Impulsos obsessivos
- 32. Compulsões

V. 29 - PERTURBAÇÕES PSICÓTICAS DA PERCEPÇÃO

- 48. Alucinações acustico-verbais
- 49. Outras alucinações auditivas
- 50. Alucinações visuais
- 51. Alucinações cenestésicas
- 52. Alucinações olfativas e gustativas

V. 30 - FALSOS FENÓMENOS SENSORIAIS NÃO NECESSÁRIAMENTE PSICÓTICOS

- 47. Ilusões
- P14. Alucinose

V. 31 - TRISTEZA

- 60. Anestesia afectiva

MATERIAL E METODOS

- 61. Indiferença afectiva
- 62. Perturbações dos afectos vitais
- 63. Tristeza (humor depressivo)
- 64. Pessimismo
- 71. Sentimentos de autodesvalorização
- 73. Sentimentos de culpa
- 74. Sentimentos de ruína
- 79. Rigidez afectiva
- 80. Diminuição da energia
- 81. Inibição da energia
- P2. Perda do gosto de viver

V. 32 - ANSIEDADE

- 20. Ruminação (não obsessiva)
- 28. Hipocondria (não delirante)
- 65. Ansiedade (psíquica)
- 69. Agitação interior
- 70. Propensão a queixar-se
- P9. Comportamento ansioso
- P3. Astenia
- P5. Tensão
- P7. Antecipação ansiosa
- P8. Ansiedade social

V. 33 - SÉRIE EXPANSIVA

- 93. Sociabilidade exagerada
- 88. Logorreia
- P4. Pensamento acelerado
- 72. Sentimentos de sobrevalorização
- 82. Aumento da energia
- 66. Euforia

V. 34 - DISFORIAS DE GRAU ELEMENTAR OU ORGANIZADO

- 27. Desconfiança
- 67. Disforia
- 68. Irritabilidade
- 83. Agitação psicomotora

MATERIAL E METODOS

95. Tendências suicidas

96. Auto-agressões

V. 35 - INSTABILIDADE AFECTIVA DE GRAU ELEMENTAR OU ORGANIZADO

75. Ambivalência afectiva

76. Discordância afectiva

77. Labilidade afectiva

78. Incontinência afectiva

86. Teatralidade

P1. Fabulação não delirante

P6. Tendência a dramatizar

V. 36 - PERTURBAÇÕES DA COMUNICAÇÃO VERBAL OU COMPORTAMENTO DE GRAU PSICÓTICO

84. Paracinésias

85. Maneirismos/bizarrias

87. Laconismo

100. Necessidade de cuidados

V. 37 - CONDUTAS QUE IMPLICAM O NÃO RECONHECIMENTO DA DOENÇA

97. Ausência do sentimento
de estar doente

98. Ausência de crítica da doença

99. Recusa de tratamento

V. 38 - ALTERAÇÃO DOS IMPULSOS E MOTIVAÇÕES BÁSICAS

101. Dificuldade em adormecer

102. Despertar nocturno

103. Diminuição da duração do sono

104. Despertar precoce

105. Sonolência diurna

106. Apetite diminuído

107. Apetite aumentado

108. Sede aumentada

MATERIAL E METODOS

- 109. Impotência/frigidez
- P10. Desejo sexual diminuído
- P11. Desejo sexual aumentado
- P12. Insatisfação sexual
- P13. Desvio sexual

Items do AMDP V

V. 39 - PERTURBAÇÕES VEGETATIVAS DO QUADRO DA ANGÚSTIA OU DA DEPRESSÃO

- 110. Sialorreia
- 111. Secura da boca
- 112. Náuseas
- 113. Vômitos
- 114. Queixas gástricas
- 115. Obstipação
- 116. Diarreia
- 117. Hiperpneia
- 118. Vertigens
- 119. Palpitações
- 120. Pré-cordialgias
- 121. Perturbações da acomodação
- 122. Hipersudorese
- 123. Seborreia
- 124. Dificuldades de micção
- 125. Perturbações menstruais
- 126. Queixas cefálicas

V. 40 - PERTURBAÇÕES SOMATO-SENSORIAIS FUNCIONAIS

- 127. Lombalgias/dorsalgias
- 128. Peso nas pernas
- 129. Sensação de calor
- 130. Friaidade
- 131. Sintomas de conversão

DESCRIÇÃO FENOMENOLÓGICA DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS CONDENSADAS.

Iremos descrever o conteúdo clínico de cada variável condensada. Grande parte desta descrição é feita de acordo com o Manual da adaptação portuguesa do sistema AMDP (M. Paes de Sousa e col., 1984).

Perturbações da consciência de base orgânica

Esta variável engloba os itens: "diminuição da vigiidade", "perturbações da orientação no tempo", "perturbações da orientação no espaço", "perturbação da orientação relativa à situação" e "perturbação da orientação relativa à própria pessoa".

Estas perturbações caracterizam-se: pelo abaixamento quantitativo da vigiidade em diferentes graus (desde a obnubilação até ao coma); pela desorientação do ponto de vista das referências temporais ou espaciais ou relativas à situação concreta em que o doente se encontra ou ainda relativas à própria pessoa. Estas perturbações têm como génese, com elevado grau de probabilidade, uma alteração orgânica ao nível do SNC ou somática em geral.

Perturbações funcionais da consciência

Condensa os itens: "turvação da consciência", "estreitamento da consciência" e "expansão da consciência". Caracterizam-se respectivamente: pela perda da acuidade, da apreensão do mundo exterior e/ou interior, com desagregação do campo da consciência; pela polarização do campo da consciência sobre uma determinada experiência vivenciada, exterior ou interior; pelo sentimento de que há um aumento (em extensão e intensidade) da apreensão do mundo exterior e/ou interior. Dum modo geral, esta variável engloba as alterações do campo da consciência, no sentido da perda de clareza, retracção

ou alargamento, cuja origem é, na maior parte das vezes, funcional.

Perturbações da atenção e da memória de grau não psicótico

Engloba esta variável os itens: "perturbações da apreensão", "perturbações da concentração", "perturbações da memorização" e "perturbações da evocação". Estas alterações caracterizam-se, em geral, por não atingirem um grau psicótico. A perturbação da memória está de algum modo relacionada com uma perturbação da atenção. Manifestam-se por: perturbações na capacidade de captar o sentido das percepções e de as relacionar entre si dum modo coerente e significativo; pela dificuldade em aplicar a atenção dum modo contínuo numa determinada tarefa ou pela incapacidade para seleccionar, reunir e ordenar os dados da realidade; pela diminuição ou abolição da capacidade de fixação e retenção imediata de novas impressões; finalmente, pela perturbação da capacidade de recordar, diminuição ou abolição da capacidade de evocar recordações, impressões e conhecimentos do passado não imediato.

Perturbações não psicóticas da memória e do pensamento

Foram condensadas nesta variável os sintomas: "confabulação", "paramnésias/hipermnésias", "pensamento inibido", "pensamento lentificado", "pensamento circunstanciado", "pobreza de pensamento" e "perseveração verbal". Esta variável engloba: a) as perturbações da memória associadas a uma alteração concomitante do processo do pensamento, por substituição ou deformação das recordações em grau variável. A transformação dos conteúdos mnésicos pode estender-se das confabulações, em que se evidencia um relato imaginário que substitui as recordações do doente, até às paramnésias, que podem consistir em: recordações delirantes por deformação ou invenção

MATERIAL E METODOS

de uma recordação, no contexto de um delírio, falsos reconhecimentos de pessoas ou situações, perturbações da vivência do tempo e da sua ordenação que conduzem ao revivenciar do passado como presente (ecmnésia), exaltação da evocação mnésica (hipermnésia); b) as perturbações formais do pensamento: pensamento inibido ou lentificado, conforme são subjectivas ou reconhecidas objectivamente, as dificuldades do ritmo, do conteúdo e da finalidade do curso do pensamento, perturbações que consistem na sensação subjectiva de que o pensamento está globalmente refreado, irregular ou hesitante ou na observação do aumento do tempo de latência das respostas e lentidão do discurso; pensamento circunstanciado em que há incapacidade para distinguir o essencial do acessório; pobreza de pensamento na qual há uma redução dos conteúdos ideativos que, se for muito intensa, se reflecte na perseveração desses mesmos conteúdos; perseveração verbal que consiste na falta de fluidez das ideias e se manifesta pela repetição de palavras ou frases que, no contexto actual da entrevista, perderam o seu sentido.

De um modo geral, as perturbações condensadas nesta categoria caracterizam-se pela alteração dos processos de pensamento e memória, pela redução do curso temporal do pensamento ou dos seus conteúdos ideativos.

Perturbações não organizadas do pensamento

Nesta variável foram agrupadas as perturbações do pensamento, cujos elementos não se estruturam do ponto de vista da relação lógica de um modo complexo, mas surgem tanto como fenómenos isolados, como agregados temporalmente sem outro nexos relacional que não seja a sua sucessão no tempo. Com esse critério, foram condensados nesta variável os sintomas; "pensamento automático", "fuga de ideias", "respostas ao lado", "pensamento bloqueado", "pensamento desagregado/incoerente" e "neologismos". Podem caracterizar-se: pela sucessão precipitada,

incessante, incoerente e muitas vezes penosa de uma multidão de imagens ou ideias; pela mudança constante de objectivo do pensamento produzida por uma exacerbação das associações; pelo uso de respostas inadequadas, mesmo face às perguntas mais simples que necessariamente teriam sido compreendidas; pela intercessão ou interrupção brusca do curso do pensamento, sem causa aparente, objectiva ou vivenciada; pela perda da coesão do pensamento e da linguagem sendo as ideias expressas sem anexo associativo relacional aparente, isto é, ao nível do discurso verbal as frases podem possuir uma desorganização sintática mais ou menos acentuada, pode observar-se uma fusão de conteúdos verbais heterogéneos, uma condensação ou substituição de conceitos, uma perda ou desvio da direcção principal das ideias e lacunas na sequência sintática ou nos conteúdos ideativos; finalmente, pode englobar-se nesta variável o uso de palavras novas que não condizem com convenções da linguagem ou de palavras conhecidas mas com nova aceção semântica.

Perturbações organizadas do pensamento e da vivência

Nesta variável englobam-se os seguintes sintomas: "humor delirante", "percepção delirante", "intuição delirante", "ideias delirantes não sistematizadas", "delírio sistematizado", "dinamismo do delírio", "auto-relação delirante", "ideias de prejuízo/perseguição", "ideias delirantes de ciúme", "ideias delirantes de culpabilidade", "ideias delirantes de ruína", "ideias delirantes hipocondríacas", "ideias delirantes de grandeza" e "outros temas delirantes". Estas alterações são caracterizadas pelo grau de complexidade da estruturação lógica dos seus elementos e da distorção dos atributos da realidade. O conteúdo clínico desta variável pode ser constituído pelos seguintes fenómenos vivenciados: sentimento (atmosfera vivencial) confuso, irracional, imotivado de que o mundo ambiente e/ou o "Eu" se transfiguram, que está organizado numa vivência delirante complexa;

atribuição imediata de um significado anormal a uma percepção real e adequada; convicção delirante imediata, sem suporte perceptivo, assumida pelo doente como uma "evidência" ou "revelação"; ideias ou temas delirantes (erros de apreciação da realidade irreduzíveis pela evidência) com elaboração de vários conteúdos ideativos, de um modo mais ou menos sistematizado, através da construção de relações lógicas organizadas entre os elementos que concorrem para o delírio (atributos do meio externo, ou vivências pessoais). O delírio pode exprimir-se com maior ou menor intensidade afectiva e ter um carácter mais ou menos actuante.

Alterações do Eu

Foram condensadas nesta variável os itens: "desrealização", "despersonalização", "difusão do pensamento", "roubo do pensamento", "influenciamento do pensamento", "outras vivências de influenciamento" e "perplexidade". São alterações das vivências ligadas a atributos da unidade do "Eu", da identidade da pessoa no tempo, da delimitação entre o "Eu" e o mundo e da propriedade das vivências pessoais. São alterações predominantes na estrutura relacional e vivencial do sujeito em relação a si próprio, e ao meio externo. As perturbações incluídas nesta variável podem ser constituídas por: vivências de estranheza, deformação e irreabilidade do mundo exterior; sentimentos de transformação do eu, de perda da unidade e da identidade do próprio; alterações dos limites entre o próprio e os outros nas vivências de divulgação ou expropriação do pensamento; vivências de influenciamento e de imposição do pensamento. Também se inclui nesta variável condensada a vivência de perplexidade do doente face a si próprio e à situação que o rodeia, que se manifesta pela incapacidade de compreender os acontecimentos e de ter uma visão de conjunto da situação.

Obsessões e Fobias

Nesta variável coalesceram-se os sintomas "fobias", "pensamentos obsessivos", "impulsos obsessivos" e "compulsões".

Corresponde ao agrupamento dos itens caracterizados por: receio ou medo intenso, irracional, incoercível e recorrente, face a pessoas, objectos ou situações; ideias fixas vivenciadas penosamente pelo sujeito, que tenta em vão expulsá-las da consciência, devido ao seu carácter parasita, repetido e incoercível; impulsos incontroláveis, sentidos contra a vontade do sujeito, para executar certos actos; comportamentos que o sujeito realiza sob a força de uma imposição interior, consciente, incoercível e repetitiva. Esta variável é formada pela associação do síndrome fóbico e do obsessivo-compulsivo.

Perturbações psicóticas da percepção

Corresponde à condensação dos itens: "alucinações acústico-verbais", "outras alucinações auditivas", "alucinações visuais", "alucinações cenestésicas" e "alucinações olfativas e gustativas".

Esta variável refere-se às experiências perceptivas tomadas por reais na ausência de estímulo exterior correspondente, com ausência ou limitação da crítica por parte do sujeito relativamente ao seu carácter irreal, podendo respeitar vários sistemas sensoriais (isolados ou em conjunto).

Falsos fenómenos sensoriais não necessariamente psicóticos

Corresponde às "ilusões" e "alucinose". Nesta variável ao contrário do que acontecia na anterior, é a partir de uma percepção real, dum ser ou dum objecto, que se dá a deformação perceptiva que assume, em geral, para o sujeito um carácter anormal ou inquietante; por outro lado, mesmo que exista uma

MATERIAL E METODOS

percepção sem objecto real, há da parte do sujeito o reconhecimento imediato do seu carácter de irreabilidade.

Tristeza

Sob esta designação genérica englobaram-se os itens: "anestesia afectiva", "indiferença afectiva", "rigidez afectiva", "perturbação dos afectos vitais", "tristeza (humor depressivo)", "pessimismo", "perda do gosto de viver", "sentimentos de autodesvalorização", "sentimentos de culpa", "sentimentos de ruína", "diminuição da energia" e "inibição da energia".

Estes sintomas referem-se às perturbações dos afectos nos níveis sensorial, vital, anímico e valorativo, vivenciados em relação ao próprio ou aos outros com carácter negativo. São caracterizados por: vivência subjectiva (referida pelo doente) de perda da capacidade de ressonância afectiva e dum vazio afectivo, de perda do prazer ou dos interesses, perda ou abaixamento da expressão emocional ou afectiva observada objectivamente; sensação subjectiva de diminuição da vitalidade e do tonus vital, do impulso vital, etc., ou seja, dos sentimentos difusos ligados à corporalidade; diminuição da energia vital, do ímpeto, da iniciativa e da actividade (perceptiva, ideativa ou psicomotora), vivenciada subjectivamente ou observada nas tentativas do doente para ultrapassar essa vivência; modificações do estado do humor no sentido da hiperestesia afectiva, do predomínio dos sentimentos negativos, vividos penosamente e do desgosto; perda de esperança e da confiança no futuro ou perda do gosto de viver; valorizações negativas feitas em relação ao próprio e cujo conteúdo pode consistir na perda de confiança nas próprias capacidades, na censura dos seus actos, pensamentos ou desejos e na impressão de que lhe faltam meios materiais para a sobrevivência.

Ansiedade

Corresponde à condensação dos sintomas: "ruminação (não obsessiva)", "hipocondria (não delirante)", "ansiedade (psíquica)", "agitação interior", "propensão a queixar-se", "comportamento ansioso", "astenia", "tensão", "antecipação ansiosa" e "ansiedade social".

Estes itens caracterizam-se por: preocupações incessantes, vivenciadas muitas vezes como importunas pelo doente mas sem um carácter incoercível ou estranho à situação; preocupação excessiva e inquietante em relação ao funcionamento do corpo, sobrevalorização dos acontecimentos e sensações corporais pelo medo da doença; temor intenso vivenciado sem motivo, receio dum acontecimento concreto ou presentimento duma ameaça, sentimento de expectativa inquietante sem uma causa aparente para o sujeito. Foram englobadas nesta variável, não só as referências feitas pelo doente a um sofrimento, inquietação e intranquilidade interiores, como a expressão destas vivências observáveis no comportamento geral, motor (postural, manifestações mímicas e fisionómicas), na linguagem, nas reacções vegetativas, etc..

Foram ainda condensadas as queixas de: sensação de fadiga, de esgotamento que precede qualquer esforço; impressão subjectiva de não estar distendido física e mentalmente, e receios ligados às relações sociais com os outros ao nível quotidiano.

De um modo geral esta variável, engloba as manifestações subjectivas e objectivas da ansiedade, assim como alguns tipos de ansiedade.

Série expansiva

Condensa os seguintes sintomas: "sociabilidade exagerada", "logorreia", "pensamento acelerado", "sentimentos de sobrevalorização", "aumento da energia" e "euforia". Corresponde esta condensação: aos afectos expansivos que se exprimem comporta-

MATERIAL E METODOS

mentalmente num aumento excessivo e desproporcionado (ou com uma qualidade alterada), em relação ao estado habitual do sujeito, dos contactos sociais; ao discurso verbal incoercível e interminável; às ideias e débito verbal anormalmente rápidos; ao sentimento exagerado de força, de capacidades ou de possibilidades; à exacerbação das percepções, da ideação e da actividade intencional; aos sentimentos excessivos de bem estar, de prazer, de alegria e de confiança em si.

Uma das dimensões que está alterada nesta variável, diz respeito ao aumento da intensidade dos afectos com carácter positivo e da tendência à valorização positiva do próprio ou dos outros.

Disforias de grau elementar ou organizado

Corresponde à condensação dos seguintes itens: "desconfiança", "disforia", "irritabilidade", "agitação motora", "tendências suicidas" e "auto-agressões". Pode caracterizar-se esta variável por: atitudes de suspeita, umas vezes ansiosa outras hostil, fundamentadas na percepção do comportamento das pessoas que rodeiam o indivíduo, que este interpreta como estado carregado de intenções desonestas ou maldosas; alterações do humor no sentido da instabilidade e da irritabilidade; susceptibilidade exagerada que pode estar na base de reacções explosivas, agressivas e desproporcionadas, que surgem num fundo de calma aparente; exacerbação maior ou menor da motricidade que surge descordenadamente e sem intenção aparente; intenções de se auto-agredir expressas como desejo de morte, ideias ou projectos de suicídio; tentativas de suicídio ou outras condutas agressivas dirigidas contra o próprio.

Estes sintomas têm uma dimensão comum alterada, isto é, correspondem a uma perturbação das atitudes para com os outros ou para com o próprio, no sentido da crítica, rejeição e hostilidade que surgem num quadro de alteração brusca do humor.

Instabilidade afectiva de grau elementar ou organizado

Engloba os sintomas: "ambivalência afectiva", "discordância afectiva", "labilidade afectiva", "incontinência afectiva", "teatralidade", "tendência a dramatizar" e "fabulação não delirante".

Corresponde às seguintes características: co-existência consciente, na maioria das vezes penosa, de sentimentos contraditórios que o doente vive como simultâneos; falta de adequação entre a expressão de um sentimento e a vivência do seu conteúdo; aumento da mobilidade emocional, sendo os afectos na maioria das vezes de duração muito curta e com grandes oscilações, mesmo com inversões afectivas; aparecimento súbito de reacções afectivas incontroláveis e desproporcionadas em relação à intensidade do estímulo; comportamento exagerado ou demonstrativo no que respeita às situações, queixas ou perturbações; propensão a fazer "um drama de tudo" e atribuir uma carga ansiosa exagerada aos acontecimentos de vida.

Dum modo geral, há uma alteração na dimensão expressiva ou na resposta emocional ou afectiva projectada na relação com os outros. Esta alteração exterior é produzida por: acentuações, amplificações, inversões e coexistência de contrários nos níveis afectivo, valorativo ou semântico, subjacentes ao comportamento observável do sujeito.

Perturbações da comunicação verbal ou comportamento de grau psicótico

Estão condensadas nesta variável os sintomas: "paracínésias", "maneirismos/bizarrias", "laconismo" e "necessidade de cuidados".

Caracteriza-se do ponto de vista descritivo por: expressões mímicas, gestuais ou verbais que deformam, sobrecarregam ou substituem a expressão normal; atitudes e expressão mímica com falta de naturalidade e comportamento extravagante, por vezes de matiz lúdico, dificilmente compreensíveis; parcimónia verbal

MATERIAL E METODOS

de origem psíquica que pode chegar ao mutismo; alterações profundas do comportamento que levem à falta de autonomia do sujeito e o tornam incapaz de comer, beber, lavar-se ou vestir-se.

As perturbações verbais ou comportamentais agrupadas nesta variável podem atingir um grau psicótico, na medida em que a capacidade de comunicação verbal com os outros pode estar profundamente atingida. Se não atingirem esse grau, alteram-se no sentido, quer da acentuação de elementos isolados da comunicação verbal ou mímica, quer pelo contrário, no sentido de uma redução ou escassez no uso de expressões verbais.

Condutas que implicam o não reconhecimento da doença

Agrupam os sintomas: "ausência do sentimento de estar doente", "ausência de crítica da doença" e "recusa de tratamento". Caracterizam-se pela negação feita pelo sujeito de que se sente doente, do ponto de vista físico ou psíquico, apesar de o observador ter uma evidência contrária; pelo não reconhecimento do carácter mórbido das perturbações principais; pela oposição às diversas medidas ou recomendações terapêuticas.

De um modo geral, o sujeito é considerado doente por outros, mas ele não se reconhece como tal, negando a necessidade de ajuda e/ou cuidados terapêuticos. Correspondem à negação de um papel ou identidade pessoal que lhe é atribuída pelos outros, mas recusada pelo sujeito.

Perturbações dos impulsos e motivações básicas

Esta variável engloba os sintomas que surgem por uma alteração quantitativa (diminuição, aumento ou modificação no ritmo) dos impulsos para a satisfação de algumas necessidades, as quais têm importantes factores determinantes internos ou fisiológicos, mais frequentemente perturbáveis no homem. Os sintomas que foram condensados incluem:

"dificuldade em adormecer", "despertar noturno", "diminuição da duração do sono", "despertar precoce" e "sonolência diurna".

Perturbações vegetativas no quadro da angústia ou da depressão

Englobam-se nesta variável as alterações do sistema vegetativo prevalentes no quadro da angústia ou da depressão que implicam manifestações referidas a vários órgãos: "sialorreia", "secura da boca", "náuseas", "vômitos", "queixas gástricas", "obstipação", "diarreia", "hiperpneia", "vertigens", "palpitações", "pré-cordialgias", "perturbações da acomodação", "hipersudorese", "seborreia", "dificuldades de micção", "perturbações menstruais" e "queixas cefálicas". Não caracterizamos estes itens em detalhe dado que a sua designação é suficientemente explícita.

Perturbações somato-sensoriais funcionais

Nesta variável agrupam-se os sintomas: "lombalgias", "peso nas pernas", "sensação de calor", "frieza" e "sintomas de conversão". Dizem respeito aos sintomas somáticos que são produzidos por alterações funcionais do sistema nervoso sensorial ou da motricidade, que podem corresponder a um mecanismo de conversão somática da ansiedade.

O valor quantitativo de cada variável condensada não é o somatório dos valores dos itens AMDP que a constituem. A relação lógica entre os elementos condensados não é aditiva, nem o número de itens é equivalente nas vinte variáveis. As dimensões que variam foram escalonadas, no sentido da atribuição de um peso que reflecte o grau de desorganização da personalidade do sujeito. Este peso foi posteriormente adicionado ao valor inicial da variável condensada, considerado equivalente ao valor do item mais elevado, numa escala de 0 a 4 (ausente, ligeiro, médio, forte, muito forte).

MÉTODOS ESTATÍSTICOS E DE ANÁLISE MATEMÁTICA DOS DADOS

Para o tratamento matemático dos dados, dispunhamos de um quadro ou matriz $X(I,J)$, de grandes dimensões, na qual um conjunto I de sujeitos era descrito por um conjunto J de variáveis ou caracteres. Consideremos que a cada sujeito corresponde um vector, num espaço de dimensão equivalente à da amostra, cujos coeficientes eram medidas de frequência ou de probabilidade de ocorrência de cada variável. As matrizes de dados que utilizámos eram formadas pelos doentes esquizofrénicos paranóides descritos pelas categorias ou fenómenos de interacção social e pelas variáveis clínicas condensadas e pelos sujeitos voluntários normais caracterizados do ponto de vista da relação interpessoal.

No conjunto, a informação contida nos dados era demasiado extensa para ser analisada apenas qualitativamente, tornando-se necessário proceder à sua condensação ou sumarização em quadros de menores dimensões. Esta condensação pode, por exemplo, consistir primeiro numa matriz de correlações (se esta fôr a medida de semelhança escolhida) ou de distâncias a partir da qual são posteriormente extraídos novos vectores descritivos, em menor número do que os da matriz inicial, formados por caracteres hipotéticos. É de boa regra considerar, no entanto, que a condensação de uma descrição inicial de dados, para ter validade, terá de ser obtida com um mínimo de perda da informação ou da variação implícita nos dados originais, finalidade obtida se a soma da variância fôr idêntica nas duas matrizes, a inicial e dos novos dados.

O problema da escolha de qual o melhor método ou solução matemática para sumarizar os dados e reduzir a sua dimensionalidade, secundário ao tipo de

medida de semelhança utilizado para a determinação das regularidades nos dados originais, mas que mantenha constante a variância contida na sua distribuição, é uma dúvida metodológica difícil de resolver com rigor. De acordo com Harman, H.H. (1967) quando se coloca o problema de escolher uma solução que permita extrair a informação essencial de um conjunto original de variáveis, a escolha poderá ser feita com base em dois princípios gerais: (1) simplicidade estatística, e (2) significado psicológico. Mesmo tendo como base estes critérios o problema do "melhor" método é de difícil solução se nos colocarmos na posição radical de escolha preferencial, ou mesmo mutuamente exclusiva, de um ou de outro dos critérios. Se nos baseamos apenas em considerações de ordem estatística caímos no domínio da aplicação e das críticas da posição naturalista e uma segunda dificuldade é então gerada. O número de variáveis que seriam necessárias para uma descrição dos sujeitos, sem uma escolha prévia dependente de uma opção teórica, na esperança que os resultados matemáticos tragam a solução, cujo significado psicológico ou psicopatológico só seria atribuído à-posteriori, atira-nos para situações insolúveis em termos de possibilidades e capacidade de computação dos dados, mesmo se quisermos ignorar as dúvidas metodológicas inerentes a essa solução. Como escolher então as variáveis para a descrição dos sujeitos de modo a evitar este obstáculo pragmático sem cair na segunda opção, isto é, a de fazer teoria psicológica a partir de teoria estatística, eis um novo problema que não é menor do que o anterior.

Se efectivamente os defensores radicais da solução "naturalista", na procura da melhor forma estatística com simultânea economia (mínimo de perda de informação) e simplicidade (menor dimensão matricial) descritivas, sem o recurso a qualquer elaboração teórica prévia, ficam colocados em posições reducionistas aos modelos da biologia, por exemplo certas soluções taxonómicas, cujos postulados classificatórios são de difícil transposição para o domínio

da psicologia ou psicopatologia; as soluções que partem da atribuição de puros "significados" psicológicos a métodos ou algoritmos matemáticos, não deixam de levantar problemas de natureza epistemológica. Estão no primeiro caso as tentativas de classificação ou de identificação de novos dados, por procedimentos aparentemente mais rigorosos do que os usados na clínica, mas cujo valor heurístico é discutível pela circularidade que lhes pode ser atribuída, baseada no facto dos resultados estarem muitas vezes já implícitos nos dados de base; no segundo caso os variados usos que têm sido dados a soluções matemáticas de tipo estatístico, pressupostamente com significado em relação a um extenso conjunto de fenómenos psíquicos, caso das teorias em que se pretende encontrar uma solução (factor comum) aplicável igualmente à inteligência, percepção, personalidade, etc. como por exemplo a teoria de Thurstone.

De acordo com Harman, em referência às soluções factoriais, não existe nenhum tipo preferencial de solução matemática que possa ser obtida unicamente no domínio do significado psicológico. Quando este é imposto, em detrimento dum padrão matemático, como condição prévia a um tratamento estatístico dos dados, o que está em causa é de facto uma solução "subjectiva" dependente do julgamento do investigador.

Várias soluções matemáticas têm sido propostas para evitar alguns dos problemas mencionados, como são exemplos as técnicas de rotação de eixos factoriais na análise factorial múltipla de Harman (1967) ou a extracção de um factor centróide com subsequente rotação para uma estrutura simples usadas por Rohlf e Sokal (1962) na taxonomia numérica, entre outras. Este caso particular de rotação dos factores é exemplificativo das críticas que podem ser formuladas ao facto, bem conhecido, de que diferentes métodos de rotação poderão conduzir a diferentes resultados (Mendels e Cochrane, 1968 ou Everitt, 1975). Relativamente a este ponto, entendido dum modo geral como o problema do uso alternativo de

algoritmos para classificar e identificar atributos ou variáveis, podemos citar dois tipos de posições antagónicas. Para Harman é errado argumentar que uma dada solução factorial é incorrecta porque se revela diferente de qualquer outra na descrição dos dados. A análise factorial, como técnica estatística que é, fornece soluções que são convertíveis umas nas outras e a preferência na escolha da forma descritiva, não deve depender apenas de um critério mas de um conteúdo apropriado; "como em todas as ciências empíricas várias leis, igualmente satisfatórias, podem ser usadas com utilidade, embora possam ser muito diferentes formalmente".

Uma posição diversa é defendida por Garside e Roth (1978), que citam Everitt (1972) e Gower (1966), quando afirmam, em relação à escolha de diferentes soluções para a análise classificatória de dados (análise de "cluster"), ser perigoso utilizá-las sem limitações dado que podem produzir resultados muito diferentes. De acordo com estes autores qualquer classificação gerada pelo uso de um único método de classificação deve ser validada pela aplicação de outras técnicas aos mesmos dados, pela partição da amostra e verificação do efeito produzido na estrutura fundamental dos dados pela omissão de certas variáveis ou ainda pela replicação da análise classificatória numa nova amostra com subsequente comparação entre os agrupamentos formados.

Quanto a nós, e de acordo com Harman (1967), é necessário tomar em conta que se uma certa teoria for compatível com uma dada evidência experimental, daí não se pode concluir que a natureza se "comporta" efectivamente desse modo. Pode sem dúvida, ser sempre postulada uma teoria alternativa que também seja compatível com os dados. Mesmo que o padrão matemático destas teorias seja diferente, por ter sido utilizado um diferente critério na escolha das técnicas operacionais, se ambos os modelos possuírem uma evidência empírica consistente são igualmente adequados como soluções estatísticas e a incongruência ou a escolha da teoria psicológica, deve ser resolvida

MATERIAL E METODOS

noutros domínios que não o puramente matemático. Somos de opinião que não existe no interior das disciplinas - estatística ou psicologia - nenhuma possibilidade de estabelecer um critério de escolha de soluções, problema que "encobre", no nosso ponto de vista, um conjunto de outros que dizem respeito não à escolha do melhor método mas à própria produção dos conhecimentos em psicologia ou psicopatologia, no caso da presente discussão à produção das qualidades ou variáveis primitivas. A alternativa - teoria psicológica deduzida de aplicações estatísticas "ingénuas" ou teoria psicológica de natureza puramente estatística - só positivista na aparência, não parece ter conduzido na prática a soluções com suficiente grau de generalidade e condições objectivas de verificabilidade.

No estado actual dos conhecimentos parece ser necessário estabelecer um compromisso entre uma selecção (primária) das variáveis, prévia ao uso de métodos de tratamento de dados e a procura de soluções estatísticas secundárias. O critério de escolha dos atributos para a análise estatística e a garantia do seu valor objectivo, como elementos essenciais para a explicação dos fenómenos psicológicos subjacentes, estará contido no interior do modelo teórico postulado e na sua coerência, isto é na correlação entre as previsões, deduzidas do modelo, e os factos, objectivamente verificáveis, formalmente descritos em termos lógicos ou matemáticos.

No presente trabalho optámos por um conjunto de métodos de análise de dados e estatísticos multivariados que respondessem às questões colocadas, prévias à fase experimental ou às finalidades que pretendíamos obter pela aplicação do modelo experimental de relações interpessoais aos esquizofrénicos paranóides, enquanto grupo de diagnóstico e em comparação com sujeitos ditos normais.

Os objectivos essenciais, ao nível descritivo eram os seguintes: (1) organizar os dados sob a forma de uma representação num espaço vectorial e reconhecer, desse modo, os padrões, perfis ou tipologias

implícitos nas regularidades e similaridades entre categorias de relação interpessoal e entre sujeitos em interacção social por um lado, e tipologias psicopatológicas por outro; (2) determinar classes, de fenómenos de relação interpessoal ou de sujeitos, compatíveis com as previsões do modelo; (3) atribuir os elementos - categorias de interacção ou sujeitos - a classes previamente determinadas, ou seja, identificar os dados relativamente a uma estrutura definida à priori.

Para atingir os dois primeiros objectivos utilizámos métodos de análise de dados multidimensionais, respectivamente métodos de representação espacial (análise factorial das correspondências e análise dos componentes principais) e um método de classificação (análise dos K-centróides). Para o terceiro objectivo, à semelhança do que tinha sido feito em trabalhos anteriores sobre relações interpessoais, aplicámos o método de análise discriminante multivariada. Estes métodos serão em seguida descritos sumariamente.

1- MÉTODOS DE ANÁLISE DE DADOS MULTIDIMENSIONAIS

A) MÉTODOS DE ANÁLISE FACTORIAL

Estes métodos aplicados à matriz $X(I,J)$ vão permitir - sintetizar a informação de modo a obter padrões e tipologias das variáveis (I) ou de sujeitos (J); - encontrar os factores subjacentes que descrevem a estrutura dos dados e identificar, os sujeitos e as variáveis, mais características, assim como detectar os grupos de sujeitos ou de variáveis correlacionados entre si e caracterizados, respectivamente, por grupos de variáveis ou de sujeitos.

Para atingir esta finalidade, o método de análise factorial é o mais adequado. Trata-se de um método que permite sintetizar a informação de dados de grandes dimensões, num pequeno número de eixos

(os factores ou eixos factoriais) e fornece indicações sobre a identidade dos grupos e sujeitos ou variáveis mais representativas. Os factores são ortogonais entre si, constituídos por combinações lineares das variáveis originárias ou iniciais e formam um subespaço que contem (ou "explica") uma certa quantidade de variância ou inércia total do sistema. O grau de contribuição de cada elemento para a formação de um dado factor é calculado, assim como, quais os factores que melhor explicam cada elemento.

De entre os vários métodos de análise factorial, escolhemos a) Análise Factorial das Correspondências (implementada por J. P. Benzécri e com algoritmo de F. Costa Nicolau, 1973) que permite uma representação simultânea dos dois conjuntos dos pontos, J e I, no mesmo eixo ou plano, cujas proximidades são indicadores da relação entre o agrupamento de sujeitos e de variáveis. Este método é semelhante à análise factorial clássica, mas em vez da distância Euclidiana usa a distância do X^2 , estabelecendo uma perfeita simetria entre o espaço dos sujeitos e o das variáveis permitindo uma representação simultânea de ambos. b) o método de Análise em Componentes Principais, foi utilizado como validação dos agrupamentos formados pela análise das correspondências. Neste método de análise parte-se de uma matriz de correlação entre as variáveis ou entre os sujeitos obtendo-se uma projecção espacial de uns ou de outros no espaço formado pelos novos eixos ou componentes principais que são dimensões ortogonais, não correlacionadas ou independentes.

B) MÉTODO DE AGREGAÇÃO OU DE CLASSIFICAÇÃO

Utilizámos como método classificatório o método de classificação não hierárquica dos K-centróides, usando o programa de computador baseado na técnica "Primal Heuristic", descrita por Diehr (1971) e escrito em Fortran IV por J. Rohlf. Consiste num método de aglomeração ou agregação de dados baseado no cálculo

das distâncias iniciais entre os caracteres escolhidos (sujeitos ou variáveis) a partir de uma matriz de distância Euclidiana e que difere dos métodos anteriores por fazer a divisão num número de grupos determinados e escolhidos à-priori pelo experimenter. Se admitirmos o pressuposto de que existem na atmosfera K grupos, poderemos pôr a hipótese (nula) de que estes K grupos sejam idênticos aos que resultariam duma análise factorial aplicada aos mesmos dados.

Este método, utiliza uma técnica iterativa, simultânea e com um critério de optimização. A determinação do centróide é feita do seguinte modo: 1) o indivíduo médio do grupo é determinado; 2) são calculadas as distâncias entre esse sujeito e os outros indivíduos da amostra e determina-se os K médios; 3) é então escolhido o número de K médios ou de centróides pretendidos à-priori pela maior distância entre eles; 4) o programa calcula as distâncias de cada indivíduo ao centróide mais próximo e iterativamente determina as posições que correspondem ao critério de optimização, segundo o qual a média das distâncias de cada indivíduo ao seu centróide seja mínima.

Se não tivermos um pressuposto teórico de quantos grupos poderão existir na amostra, não podemos utilizar este método com segurança, um número errado de agrupamentos pode ser escolhido. Este risco existe sempre, no entanto, potencialmente e para reduzir a margem de erro, segundo alguns autores, não deve ser a única técnica utilizada para a análise de um conjunto de dados mas deve ser cruzada com o uso de outros métodos estatísticos multivariados.

Os métodos de análise de dados factoriais e de classificação foram utilizados neste trabalho para estudar a amostra de esquizofrénicos paranóides com três matrizes: 50 sujeitos x 20 variáveis sociais, 50 sujeitos x 40 variáveis (20 sociais e 20 sintomáticas ou psicopatológicas) e 50 sujeitos x 20 variáveis sintomáticas e também para estudar a amostra

MATERIAL E METODOS

conjunta de doentes esquizofrênicos e sujeitos normais (matriz de 65 sujeitos x 20 variáveis sociais).

II- MÉTODO DE ANÁLISE DISCRIMINANTE MULTIVARIADA

O método de análise discriminante multivariada utiliza um algoritmo implementado por Hotelling que é uma generalização multivariada do teste T - de Student, de comparação entre 2 amostras. O problema de escolha das variáveis que discriminam melhor entre os dois ou mais centróides está relacionado com a solução dada por Fisher na sua função discriminante. No caso multivariado determina-se um conjunto de funções discriminantes cujos coeficientes discriminantes calculados de modo a minimizar a "sobreposição" entre um grupo e qualquer outro, são os elementos dos vectores próprios da matriz resultante do produto entre a matriz de variação entre os grupos e a matriz de variação dentro dos grupos. Os valores próprios de cada matriz fornecem uma medida do poder discriminativo associado a cada um dos eixos discriminantes em termos dos quais os dados passam a ser representados.

O programa de computador que utilizámos escrito por R. G. Davies fornece, para além das médias e desvio padrão de cada variável para cada grupo, as médias e os desvios padrão de cada variável em todos os grupos, o χ^2 de significância entre cada valor próprio extraído, os valores discriminantes para cada indivíduo em cada grupo e os valores discriminantes para cada centróide de cada grupo, ou seja, a média dos valores discriminantes de todos os indivíduos num dado grupo.

Utilizámos este programa à semelhança do que tinha sido feito em vários trabalhos anteriores para a comparação entre a amostra de esquizofrênicos paranóides e voluntários normais e na amostra isolada de doentes para a comparação entre as 4 situações sociais consideradas, cada uma delas, como um grupo

de comparação. Não foi possível utilizar esta análise para a comparação entre as interrupções, dentro de cada situação, por razões de ordem matemática. A matriz de variáveis que descrevem os sujeitos em cada interrupção, tem um número de valores zero que impossibilitam o uso de cálculos matriciais.

Utilizámos ainda, no presente estudo, em relação à descrição clínica dos esquizofrénicos paranóides, métodos estatísticos clássicos: análise de frequência, teste χ^2 para comparação de duas amostras e teste não paramétrico de comparação de duas amostras, de Mann-Whitney.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

INTRODUÇÃO

Neste capítulo iremos descrever os resultados obtidos pela aplicação de métodos de análise matemática de dados- análise factorial, análise dos componentes principais e de classificação- e do método de análise estatística multivariada com funções discriminantes, aos dados experimentais de natureza interpessoal e dados clínicos obtidos nas amostras de doentes esquizofrénicos paranóides e de sujeitos voluntários normais. As variáveis escolhidas para descrever os indivíduos são, como foi referido no capítulo anterior, as 20 categorias ou classes de equivalência de operadores de interacção social e os sintomas psicopatológicos condensados em 20 variáveis clínicas. Para ambos os tipos de variáveis usou-se um código de frequência. O conjunto dos dados registados na amostra patológica, quer na situação experimental de relação interpessoal num grupo social restrito, quer em situação de observação clínica, foram analisados em relação aos dois tipos de qualificação -social e psicopatológica- isoladamente e em conjunto.

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

A separação dos atributos nestes dois vectores descritivos feita por razões inerentes à própria natureza das variáveis, como será explicitado mais adiante, permitiu a identificação de factores de interacção social versus factores de natureza clínica, que estavam subjacentes à variedade e dispersão das caracterizações individuais. Por outro lado, a análise conjunta dos atributos interpessoais e psicopatológicos com os mesmos métodos matemáticos, possibilitou uma descrição de agrupamentos por complementariedades de ocorrência de variáveis, algumas das quais tinham sido consideradas em trabalhos anteriores (J.S.da Fonseca e col. 1982), como indicadores respectivamente, da adaptação social e da perturbação psicopatológica.

A introdução, no desenho da experiência, de uma amostra de comparação de sujeitos considerados normais, é uma exigência de rigor metodológico, que no trabalho actual foi utilizada para avaliar o poder discriminativo dos indicadores de adequação social e proceder a uma validação cruzada com a clínica do carácter desviado de certas formas de interacção social.

Num estudo preliminar ao trabalho actual, esta mesma amostra de 50 esquizofrénicos paranóides foi analisada com uma diferente condensação de operações de identificação de dados de relação interpessoal. Nesse estudo utilizámos um número de categorias(29) situado entre a selecção inicial de 45 operações e a condensação final em 20 categorias (Quadro 5.1). Embora esta última condensação, nos trabalhos iniciais feitos no Laboratório de Psicologia (1982), se tenha revelado com suficiente poder discriminativo entre sujeitos de vários grupos de diagnóstico (nos quais se incluíam esquizofrénicos paranóides) e voluntários normais e tenha permitido determinar "perfis" de relação interpessoal, no actual trabalho pretendíamos aprofundar o estudo da interacção dos esquizofrénicos paranóides em particular, dispondo para esse efeito de uma amostra mais extensa de sujeitos do que a utilizada nos mencionados trabalhos.

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Especificamente, em relação a este grupo de diagnóstico, colocámos a hipótese que certas operações, que tinham ficado coalescidas no conjunto das 20 categorias mais gerais, pudessem ter um significado especial na esquizofrenia, tendo em consideração conhecimentos actuais de natureza experimental ou clínica. Este facto aplicar-se-ia sobretudo em relação a algumas operações entre as 20 condensadas que em estudos anteriores se tinham revelado muito significativas para a separação da esquizofrenia dos restantes grupos de diagnóstico, operações agrupadas em particular nas categorias n.ºs. 4,5,12,13 e 19 (ver página 3.76). Correspondiam principalmente às operações que produziam um "perfil" de interacção caracterizado por uma elevada distorção e distanciamento em relação à realidade social actual cujos dados de referência eram modificados, reorganizados e elaborados complexamente, numa construção com vários níveis de inferência. Operações cujo uso produzia uma maior ou menor modificação dos conteúdos semânticos e do significado global da situação social e da interacção com os outros. Este tipo de fenómenos de relação interpessoal estavam condensados nas categorias 12 (relações de significação não usuais) e 19 (translações com construção de novas situações, reorganização de dados, mudanças semânticas nos atributos) e parcialmente nas categorias 4 e 5 (nas autoconstruções de uma identidade para o próprio ou para os outros). As operações condensadas na categoria 13, denotada "declarações alternativas", foram separadas em duas categorias: por um lado as declarações de hipóteses em alternativa, sem resolução da contradição e autolimitação dos conteúdos afirmados; por outro todas as declarações do sujeito que incluem, dum modo implícito, uma contradição ou uma alternativa de hipóteses, como são exemplo as declarações de que a informação fornecida não é suficiente para uma decisão.

Partindo do princípio geral que teria interesse estudar mais detalhadamente a participação do tipo de operações mencionadas, na hipotética interacção

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

social dos esquizofrénicos paranóides, retiramos das 20 classes de equivalência as seguintes operações que estavam condensadas: 1) reorganizações idiossincráticas dos dados da situação social por introdução, em pontos particulares do discurso, de pequenas distorções semânticas ("reorganização dos dados"); 2) mudanças semânticas (lentas ou bruscas) nos atributos globais ou parcelares introduzidos referencialmente nas situações sociais ("mudanças semânticas"); 3) operações que consistem numa transposição de atributos externos para o espaço interno de representação por simbolização de qualidades concretas ("internalizações abstratas"); 4) caracterizações fisiognómicas da situação social ou dos seus atributos ("caracterizações fisiognómicas"); 5) operações de transposição dos atributos da situação para situações exteriores à actual, operações de translação temática, introdução na resposta de conteúdos externos à situação e ainda descrições ou narrações de situações sociais sem qualquer relação com a situação actual, com ou sem a intervenção de sujeitos participantes ("translações externas"). Estas cinco operações tinham sido condensadas numa única categoria geral (nº19) por terem de comum o facto da sua utilização conduzir a uma acentuada modificação dos dados ou atributos da realidade social actual. Não foram também condensadas entre si as operações incluídas na categoria nº12, ou seja: 6) as operações que implicavam uma acentuação (semântica, afectiva ou valorativa) em uma ou mais dimensões do significado mas sem que fosse qualitativamente alterado ("acentuações") com 7) as operações de utilização de significantes "mediatos" ou de dados simbólicos para a relação de significação, com a produção de relações não usuais de significante-significado ("relações de significação"). Foram também mantidas isoladas: 8) as operações de construção complexa de uma identidade, para o próprio ou para os outros participantes na interacção, identidade distanciada da realidade social simulada ("auto-construção e aloconstrução") que estavam condensadas com as 9) operações de definição da posição do

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

próprio ou dos outros na relação interpessoal a partir de atributos do nível das características de personalidade e que envolvem uma menor perda do referencial ("posição própria e dos outros"). Analisaram-se também, separadamente, as 10) operações de justificação para as respostas com base numa elaboração de dados de natureza pessoal, que apoiam a definição que o sujeito faz do seu papel na situação ("justificações pessoais"), operações que estavam condensadas nas categorias n.ºs.4 e 5. Finalmente, as 11) operações que consistem em declarações de hipóteses alternativas sem resolução da indecisão, ou operações de autocontradição e de autolimitação extensional dos conteúdos das afirmações que vão sendo produzidas pelo sujeito ("declarações alternativas") foram mantidas como uma categoria isolada em relação a outro tipo de operações cuja contradição não era tão explícita mas que continham implicitamente uma alternativa não resolvida entre hipóteses, como por exemplo as 12) declarações do sujeito de que a informação, fornecida pelos intervenientes na situação, ainda não era suficiente para a produção de uma opinião ou para a decisão sobre que hipótese aceitar sobre a situação ("informação incompleta").

As restantes operações de identificação de dados mantiveram-se condensadas por não parecer à-priori relevante o seu estudo isolado para caracterização das relações interpessoais na esquizofrenia. Procedeu-se no entanto, à condensação das declarações vivenciais com os comentários mistos de respostas de tipo vivencial a dados referenciais elementares, dada a sua semelhança estrutural. No conjunto podem observar-se as 49 categorias utilizadas neste trabalho preliminar no Quadro 5.1, no qual se mantiveram as denotações abreviadas referidas na descrição do modelo experimental de relações interpessoais.

À matriz de 50 doentes esquizofrénicos paranoídes definidos vectorialmente pelas 29 categorias de relação interpessoal, aplicaram-se sucessivas análises factoriais. Nestas análises uma série de

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

variáveis sociais foram sucessivamente consideradas como elementos suplementares da análise, passando a

Quadro 5.1 Condensação em 29 categorias dos fenómenos de relação interpessoal

nº	Denotação	nº	Denotação
1	Referências Elem.	15	Decl.Alternativas
2	Agreg.Constr.Lim.	16	R.Holofrásticas
3	Constr.Complex	17	Rigidez
4	Posição Própria	18	Decl.Incapacidade
5	Posição Alter	19	Just.Vivenc.Doença
6	Decl.Vivenc.Mist.	20	D.Ajud.Terap.Diag.
7	Afect.Val ⁺ Alter	21	Translac.Cont.Ext.
8	Afect.Val ⁻ Alter	22	Reorganizações
9	Afect.Val ⁺ Prop.	23	Mudança Semântica
10	Afect.Val ⁻ Prop.	24	Car.Fisiognómicas
11	Decl.Normativas	25	Intern.Abstractas
12	Acentuações	26	Just.Pessoal
13	Rel.Significado	27	Inform.Incompleta
14	Organização dados	28	Autoconstrução
		29	Alo construção

não ter uma interferência a nível da explicação da variância total da amostra pelos factores. A decisão relativa à escolha das variáveis a colocar como elementos suplementares foi tomada dum modo iterativo, à medida que os resultados iam sendo analisados. O critério de escolha baseou-se na importância elevada que algumas variáveis tinham para a formação dos factores e simultaneamente na frequência muito reduzida com que surgiam, relativamente à frequência média das categorias de relação interpessoal na amostra total.

O resultado final deste estudo preliminar com o método de análise factorial das correspondências revelou, em síntese, que a condensação que tinha sido

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

feita em 20 categorias de interacção social, era concordante com as probabilidades de associação factorial das categorias não condensadas. Assim constatou-se, por exemplo, que as operações de identificação de dados que tinham sido condensadas na categoria 19 ("Cont Ext /Translac /Reorg /"Drift"Sem), efectivamente surgiam associadas, de um modo constante, num dos polos do 1º factor, qualquer que fosse a situação social considerada. Outras categorias, tais como as operações de "acentuação" e operações de organização de dados da situação social, surgiam com menor importância para a formação do 1º factor, mas sempre muito aproximadas na representação espacial das operações de estabelecimento de "relações não usuais de significante-significado", categoria com a qual tinham sido condensadas (cat.12- "Acentuações/ /Aorg/Signif Relat"). Estas associações factoriais de categorias que mencionámos verificaram-se a nível do primeiro factor, nas quatro situações sociais.

No que diz respeito às operações que correspondem à construção de uma identidade para o próprio ou para os outros ("autoconstrução e aloconstrução"), verificou-se o facto interessante de que tinham muito mais importância para a formação do primeiro factor, do que as operações de definição da posição do próprio ou dos outros na relação. Esta última operação está no 1º eixo distanciada da anterior. No entanto, a nível do segundo factor, em todas as situações sociais os dois tipos de operações de identificação de dados vão surgir em associação e proximidade espaciais.

Finalmente, constatou-se que as operações de autocontradição e de autolimitação, as "declarações alternativas", tinham uma importância estatística muito mais elevada, para a explicação de variância total da amostra do que as operações com as quais tinham sido condensadas, isto é, com as declarações de "informação incompleta" que envolviam implicitamente a existência de hipóteses alternativas em relação às quais não era possível tomar uma decisão.

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Após estes estudos preliminares concluímos que em relação à amostra de doentes esquizofrênicos paranóides em estudo, se confirma o valor heurístico da condensação das operações de identificação de dados sociais em 20 categorias ou classes de equivalência. Condensação que não conduz a uma perda de informação e que corresponde a um agrupamento de fenómenos de relação interpessoal que possuem, com elevada probabilidade, uma associação ou ocorrência conjugada. Com este método factorial pudemos, em certa medida, validar o critério de condensação das operações feita com base nas suas analogias estruturais analíticas, critério que estava já legitimado pela coerência do modelo teórico.

Neste capítulo em que iremos descrever os resultados experimentais, subdividimos a descrição de acordo com os vários métodos matemáticos utilizados no tratamento dos dados. Conforme afirmámos, a escolha destes métodos obedeceu a três objectivos principais. Em primeiro lugar, com os métodos de análise das correspondências e dos componentes principais pretendíamos determinar a possível existência de regularidades, isto é, de similaridades entre os coeficientes vectoriais considerados sob a forma de um perfil de atributos de relação interpessoal e de sintomas psicopatológicos por um lado, e de sujeitos normais e esquizofrênicos paranóides por outro. Em segundo lugar, pela aplicação de um método de classificação cujo algoritmo é completamente distinto dos anteriores, pretendíamos obter uma validação dos agrupamentos de esquizofrênicos paranóides, eventualmente obtidos na análise factorial, cujo perfil de interacção social fosse bem caracterizado.

Finalmente, usámos um método para a identificação ou discriminação das quatro situações sociais incluídas no desenho experimental e pelo mesmo método procedemos a uma confirmação da separação entre sujeitos normais e doentes esquizofrênicos paranóides que fora obtida em estudos experimentais realizados no Laboratório de Psicologia, anteriores à execução da investigação actual.

ANÁLISE FACTORIAL DAS CORRESPONDÊNCIAS

OS FACTORES DE INTERACÇÃO SOCIAL DOS ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES

No conjunto de análises factoriais das correspondências aplicadas a cada uma das situações sociais, os dados de base são matrizes formadas pelos doentes esquizofrênicos paranóides caracterizados individualmente por um vector de categorias de interacção social. Cada componente vectorial representa uma medida de frequência das diversas operações de relação interpessoal, condensadas nas 20 categorias.

A descrição dos resultados será feita, em relação a cada um dos factores, pela análise dos agrupamentos de sujeitos e de variáveis, nas quatro situações sociais. Recordemos que na primeira situação social ao sujeito de experiência é solicitado pelos membros do grupo a sua cooperação para uma suposta experiência psicofarmacológica, com a invocação de razões normativas, emocionais, éticas e ideológicas. Na segunda situação social os sujeitos são submetidos a uma interacção familiar conflitual com dimensões afectiva positiva de apoio e negativa de censura e crítica. Na terceira situação social uma ajuda é oferecida ao sujeito de um modo intitucionalizado, simultaneamente com uma dimensão afectiva positiva. Finalmente na quarta situação social o sujeito é submetido a uma acusação por uma falta que teria cometido mas que nunca é mencionada, formulada de um modo agressivo, principalmente em termos institucionais embora lhe seja oferecida ajuda por um dos membros do grupo cujas intervenções tem uma natureza pessoal não intitucionalizada.

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIAVEIS	% de contrib	VARIAVEIS	% de contrib.
V.16-Incapacidade/ Decl. Impot.	10.74	V.19-Cont.Ext./ Trnslac/Reorg/ "Drift" Sem.	8.37
V.15-Rigid	8.79	V.11-Decl.Normat.	5.89
V.14-Holof/Quholof.	6.05	V. 3-Const.Compl/ Expl. Hip.	5.31
V. 6-Decl. Vivenc.	3.18	V.13-Decl.Altern./ Constr.Analog.	5.16
		V.12-Acentuações/ Aorg/Signif.Relat.	4.28
		V. 8-Afect.eVal Alt. Neg./Rejei Alt.	3.66
		V.10-Afect/Val.Prop Negat/Regei.Prop	3.31
		V.17-Just.Vivenc./ Doença/Decl.Sint.	3.14

Lado Positivo				Lado Negativo	
SUJEIT	% de contrib.	SUJEIT	% de contri	SUJEITOS	% de contrib.
E 19	11.36	E 13	6.97	E 47	7.94
E 4	10.28	E 7	6.93	E 32	6.87
E 40	10.21	E 38	6.89	E 25	6.67
E 20	10.11	E 14	6.87	E 21	6.33
E 6	9.40	E 2	6.51	E 50	6.25
E 41	8.38	E 26	5.22	E 10	6.16
E 43	8.04	E 5	5.21	E 35	4.83
E 31	7.51	E 33	4.42	E 45	3.94
E 37	7.34	E 9	4.22	E 39	3.46
E 24	7.31	E 48	3.02	E 34	3.18

QUADRO 5.2 - SITUAÇÃO 1. FACTOR 1 (Taxa de inércia=43,6%)

Amostra de ESQUIZOFRENICOS PARANÓIDES (N=50)

Análise Factorial das correspondências-20 variáveis sociais

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Escolhemos, para esta descrição dos resultados, os quatro primeiros factores dado que, em conjunto, explicam uma elevada percentagem da variância total da amostra ou da inércia total do sistema: 67,5% na primeira situação social, 69,3% na segunda situação, 69,1% na terceira situação e 70,2% na quarta situação social. Estas percentagens podem ser consideradas como correspondendo a uma razoável medida de informação contida nestes factores. Em qualquer das situações, a maior percentagem de variação é explicada pelo primeiro factor, respectivamente: 43,6%, 45,1%, e 38,3%. Em qualquer caso, os dois primeiros factores, em conjunto, explicam mais de 50% da variância total dos dados.

Primeiro Factor ou Primeiro Eixo Factorial

1ª Situação social

Observa-se neste primeiro factor uma separação nítida entre dois agrupamentos de variáveis, cuja percentagem de contribuição para a formação do factor pode ser observada no quadro 5.2. No lado positivo do eixo, associam-se as variáveis que representam as operações de: declaração do sujeito de incapacidade para responder às solicitações (V.16); rigidez ou manutenção das respostas (V.15); afirmações de tipo holofrástico ou quase holofrástico (V.14) e declarações vivenciais próximas da referência (V.6). Opõem-se a este tipo de categorias de interacção social um outro agrupamento no lado negativo do eixo. Corresponde, por ordem de contribuição ao factor, às categorias seguintes: operações de translação para o exterior, reorganizações idiossincráticas dos dados com distorções semânticas nos atributos parcelares da situação social, mudanças semânticas, internalizações abstratas ou caracterizações fisiognómicas da situação (V.19); declarações normativas (V.11); construções lógicas de

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

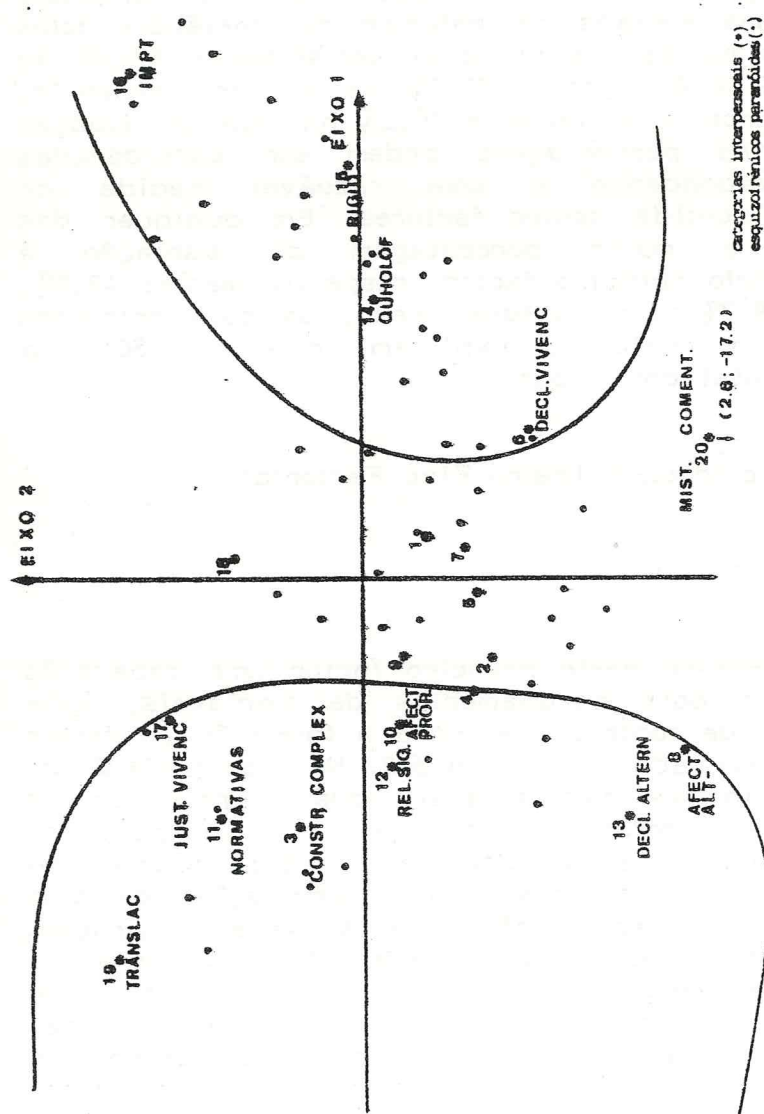


Gráfico V.1 -Análise Factorial das Correspondências. Plano(1,2) dos sujeitos e variáveis. 1ª SITUAÇÃO SOCIAL. Esquizofrênicos Paranóides descritos pelas 20 categorias de relação interpessoal.

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

de grau complexo (V3); declarações de que existem interpretações alternativas ou restrições às próprias afirmações que vão sendo produzidas (V.13); amplificações qualitativas ou acentuações (semânticas, afectivas, valorativas) e relações de significante-significado cujo significado não é o usual (V.12); declarações afectivas ou valorativas atribuídas aos outros ou referidas ao próprio com carácter negativo (V.10 e V.8) e ainda operações de justificação das dificuldades nas respostas com base em dados vivenciais, pela existência da doença ou de sintomas (V.17). No plano dos sujeitos (Quadro 5.2) este factor separa dois subgrupos de esquizofrénicos paranóides, que entram em correspondência com os dois agrupamentos de categorias de interacção social referidos e um terceiro subgrupo de sujeitos que se posicionam na zona central do eixo. Os agrupamentos descritos podem ser observados no gráfico V.1 no qual estão representados, respectivamente, as projecções das categorias interpessoais e dos sujeitos esquizofrénicos paranóides no plano dos dois primeiros eixos factoriais. Com o tipo de análise factorial que utilizámos pode fazer-se uma representação gráfica simultânea dos sujeitos e das variáveis, que estão em correspondência espacial directa. Possui a vantagem de facilitar a leitura e interpretação dos padrões e dados originais, do ponto de vista das relações entre eles, isto é, permite analisar em conjunto o espaço dos sujeitos com o das variáveis, ambos projectados nos mesmos planos factoriais.

2ª Situação Social

No primeiro factor desta situação de interacção conflitual entre um grupo e o sujeito de experiência, verifica-se uma estrutura de agrupamento de variáveis (Quadro 5.3) semelhante à encontrada na situação anterior, embora com algumas modificações. Surge de novo a oposição entre as categorias : declarações de

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib.	VARIÁVEIS	% de contrib.
V.19-Cont.Ext./Translac/Reorg/"Drift"	10.12	V.16-Incapacidade/Decl. Impot.	6.55
V.11-Decl.Normativas	6.94	V.15-Rigid.	6.39
V.13-Decl.Altern./Constr.Analog.	5.45	V.14-Holof./Quholf	4.12
V.12-Acentuações/Aorg./Signif.Relat	5.22		
V. 3-Constr.Complex/Explor. Hip.	4.53		
V. 9-Afect. e Val. Prop.Posit./Coop. Prop.	4.10		
V. 4-Posição Prop./Just.Pers./Auto-Constr.	3.34		

Lado Positivo		Lado Negativo			
SUJEITOS	% de contrib.	SUJEIT	% de contrib	SUJEIT	% de contrib
E 47	9.97	E 20	7.92	E 9	5.17
E 32	8.83	E 14	7.55	E 41	5.09
E 50	7.53	E 4	7.51	E 38	4.64
E 10	6.99	E 40	6.87	E 7	4.57
E 21	5.46	E 26	6.73	E 19	4.35
E 28	5.46	E 6	6.59	E 2	3.86
E 25	5.08	E 27	6.44	E 18	3.60
E 39	4.83	E 37	6.40	E 43	3.56
E 11	4.82	E 17	6.18	E 48	3.49
E 36	4.18	E 24	5.69		
E 8	3.94				
E 1	3.10				
E 35	3.07				

QUADRO 5.3 - SITUAÇÃO 2. FACTOR 1 (Taxa de inércia-45,1%)
 Amostra de ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES (N=50)
 Análise Factorial das correspondências-20 variáveis sociais

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

incapacidade para as respostas (V.16), operação de manutenção rígida das mesmas caracterizações (V.15) e declarações de tipo holofrástico (V.14). Estas categorias surgem associadas no lado negativo do eixo opondo-se a outro agrupamento do lado positivo. Este agrupamento é constituído pelas categorias: operações de translação para o exterior, mudanças semânticas nos atributos, reorganização com distorção dos dados, internalizações abstractas e caracterizações fisiognómicas (V.19); declarações normativas (V.11); declarações de que existem interpretações alternativas ou restrições às próprias afirmações produzidas (V.13); acentuações afectivas, semânticas ou valorativas e relações pouco usuais de significante-significado (V.12); e as operações de construção lógica de hipóteses de grau complexo, isto é, com vários níveis de dedução (V.3). A este conjunto de operações, que se revelou invariante em relação à análise factorial da situação anterior, associam-se, nesta 2ª situação social, um outro tipo de categorias: declarações afectivas ou valorativas com carácter positivo em relação ao próprio ou afirmação de uma disposição do sujeito para cooperar com os restantes membros do grupo (V.9) e operações de caracterização, a nível dos atributos da personalidade, da posição do próprio em relação à situação, com ou sem construção de uma identidade pessoal ou ainda operações de justificação com base em dados de natureza pessoal (V.4).

No plano dos sujeitos verifica-se que dois sub-grupos de doentes esquizofrénicos vão corresponder aos agrupamentos de categorias descritas. Estes doentes posicionam-se nos extremos do eixo como pode ser observado no gráfico V.2. Se observarmos no Quadro 5.3 quais são os doentes que dão maior contribuição para os lados positivo e negativo deste factor, verificamos que existe uma elevada concórdância em relação à separação que se tinha produzido na situação anterior. Há portanto um subconjunto de esquizofrénicos que se mantêm associados de modo constante no 1º factor das duas análises factoriais,

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

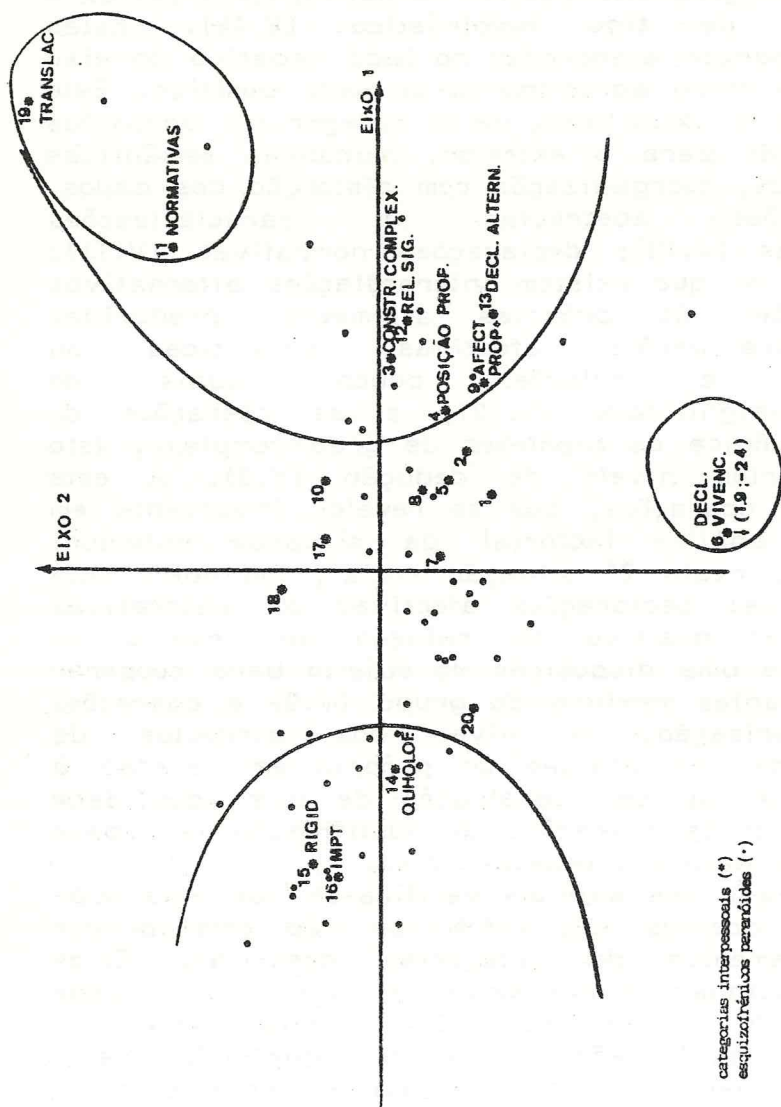


Gráfico V.2 - Análise Factorial das Correspondências. Plano(1,2) dos sujeitos e variáveis. 2ª SITUAÇÃO SOCIAL. Esquizofrênicos Paranóides descritos pelas 20 categorias de relação interpessoal.

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

embora com diferenças de ordenação, relativas à percentagem de contribuições para a formação do factor. Pode ainda verificar-se que alguns doentes que no 1º factor da primeira situação social estavam colocados na zona central do eixo, passam a ser significativos nesta segunda situação, para um ou para o outro dos seus extremos. Estas deslocções de posicionamento, embora em número reduzido, produziram as correspondentes modificações que descrevemos no agrupamento de variáveis.

3ª Situação Social

Nesta terceira situação social, em que é simulada uma ajuda ao sujeito de experiência, que pode ser entendida por este, como tendo um carácter terapêutico, verifica-se, ao nível do primeiro factor, uma oposição entre agrupamentos de categorias de interacção com uma composição análoga aos surgidos nas situações anteriores (Quadro 5.4).

Num dos extremos do eixo (lado negativo) observa-se uma associação entre as categorias que representam operações de repetição de respostas ou rigidez (V.15), categoria que nesta situação social em relação às anteriores sobe de importância estatística; declarações do sujeito de que é incapaz de responder às questões ou que a situação tem uma complexidade não superável (V.16); operações de limitação na extensão dos conteúdos das respostas que são constituídas por palavras isoladas, frases curtas ou expressões sumárias e inespecíficas (V.14). Os doentes esquizofrénicos paranóides que entram em correspondência com este núcleo de categorias, são os mesmos sujeitos que caracterizavam um padrão de interacção semelhante nas situações anteriores, como pode ser conferido nos Quadros 5.2 e 5.3. , embora com algumas diferenças na ordenação da importância relativa das contribuições ao factor. Analisando o plano dos sujeitos, verificamos no Quadro 5.4 que no

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.19-Cont.Ext./Trans-lac/Reorg./"Drift" Sem.	11.68	V.15-Rigid.	5.97
V.11-Decl.Normativas	7.05	V.16-Incapacidade/Decl. Impot.	5.87
V.20-Coment.Mist.	6.90	V.14-Holof./Quholof.	3.08
V.12-Acentuações/Aorg./Signif.Relat.	5.76		
V.13-Decl.Altern./Constr.Analog.	5.50		
V. 3-Constr.Complex./Explor. Hip.	4.85		
V. 8-Afect.e Val.Alt. Negat./Rejei. Alt.	4.40		
V.17-Just.Vivenc./Doença/Decl.Sint.	3.80		
V.10-Afect.e Val.Prop. Negat./Rejei.Prop.	3.75		
V. 9-Afect.e Val.Prop. Posit./Coop.Prop.	3.32		
V. 2-Agreg./Const. Limit.	3.17		
V.18-Decl. Ajuda/ Terap./Diag.	3.14		
V. 4-Posição Prop/Just. Pers./Auto-Constr.	3.05		

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 47	11.78	E 41	7.19
E 32	8.97	E 27	7.18
E 25	5.89	E 26	7.03
E 45	5.83	E 13	6.84
E 42	5.78	E 40	6.23
E 10	5.44	E 19	5.98
E 28	5.30	E 9	5.97
E 50	5.25	E 14	5.75
E 11	5.03	E 2	5.45
E 36	4.38	E 17	5.23
E 39	4.38	E 24	5.08
E 21	3.45	E 38	4.83
E 8	3.29	E 37	4.17
		E 7	4.12
		E 4	4.02
		E 43	3.93
		E 20	3.63
		E 48	3.26
		E 12	3.04
		E 30	3.01

QUADRO 5.4 - SITUAÇÃO 3. FACTOR 1 (Taxa de inércia-38,1%)

Amostra de ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES (N=50)

Análise Factorial das correspondências-20 variáveis sociais

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

outro extremo do 1º eixo (positivo), os doentes esquizofrénicos paranóides associam-se na terceira situação social dum modo praticamente equivalente às duas situações anteriores. São apenas dois os sujeitos (E12 e E30) que modificam o seu posicionamento passando a dar uma contribuição significativa ao factor. Nas análises factoriais dos dados da primeira e segundas situações sociais estes doentes estavam colocados na zona central dos eixos. Tal como tinha sucedido no polo negativo, o que se modifica de situação para situação é o ordenamento das percentagens relativas de contribuição, de cada sujeito, aos polos positivo ou negativo do 1º factor. Estas diferenças vão determinar as modificações correspondentes nos padrões de categorias. Pode prever-se, no entanto, pelo que sucedeu nas situações sociais anteriores à terceira situação que estas mudanças sejam reduzidas e que haja também no lado positivo um núcleo de fenómenos de relação interpessoal que se mantenha numa associação invariante. É efectivamente o que se verifica como pode ser observado no gráfico V.3. Observa-se no extremo positivo do eixo uma associação das seguintes categorias: operações de translação para situações ou temas exteriores à situação actual ou para o espaço interno de representação, com distorções nos atributos, mudanças semânticas e caracterizações fisiognómicas (V.19); uso de caracterizações normativas (V.11); alterações organizativas dos dados, operações de acentuação das qualidades semânticas, afectivas ou valorativas dos atributos ou relações não usuais de significante-significado (V.12); declarações de hipóteses alternativas ou operações de autolimitação dos conteúdos expressos (V.13); construções lógicas complexas (V.3). Este grupo de categorias tem-se mantido constante no 1º factor ao longo das situações sociais como temos vindo a descrever e define, com elevada probabilidade, um padrão de interacção social. Especificamente na terceira situação social vão-se associar a este agrupamento de categorias interpessoais que descrevemos, outras operações de

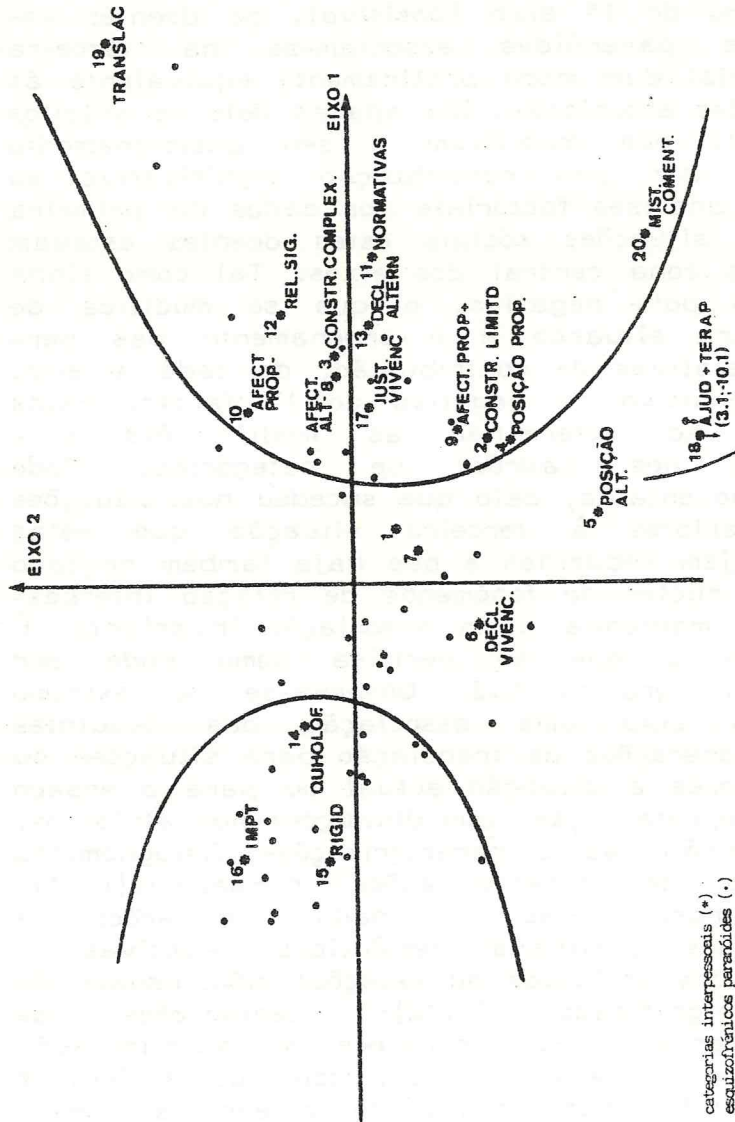


Gráfico V.3 - Análise Factorial das Correspondências. Plano(1,2) dos sujeitos e variáveis. 3ª SITUAÇÃO SOCIAL. Esquizofrênicos Paranóides descritos pelos 20 categorias de relação interpessoal.

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

caracterizações ou de operações de identificação de dados: declarações de estados afectivos ou valorativos referidos aos outros com carácter negativo e atribuição aos outros de atitudes de rejeição ou de crítica face ao sujeito (V.8); declarações afectivas ou valorativas referidas ao próprio, com carácter negativo ou positivo, e ainda declarações simultâneas (no interior da situação) quer de rejeição ou crítica à situação, quer a uma disposição para colaborar com o grupo (V.10 e V.9); comentários mistos complexos de conteúdo vivencial ou afectivo, associados à identificação de atributos parcelares de referência da situação social (V.20); operações de justificação das dificuldades nas respostas, com argumentos de natureza vivencial ou pela existência de doença ou de sintomas (V.17); declarações sobre o carácter de ajuda, de fins terapêuticos ou de diagnóstico atribuídos ao grupo (V.18); operações de construção lógica sumária ou simples agregação referencial de dados (V.2); e ainda declarações que definem a posição do próprio na relação interpessoal através de características da personalidade (valorativas, afectivas, etc) ou por uma construção da identidade do próprio sujeito participante na interacção e ainda justificações baseadas em dados de natureza pessoal (V.4).

4ª Situação Social

Na quarta situação social, no decurso da qual o sujeito de experiência é submetido a uma acusação formulada na dimensão afectiva negativa e sobretudo em termos institucionalizados, verifica-se de novo no primeiro factor da análise factorial das correspondências uma oposição entre os dois tipos de categorias (Quadro 5.5). Esta oposição é semelhante à que descrevemos no 1º factor das análises factoriais feitas sobre os dados das situações sociais anteriores.

Num dos extremos do primeiro eixo (lado negativo) volta a observar-se o padrão de relação

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.19-Cont.Ext./Translac Reorg./"Drift" Sem.	11.04	V.15-Rigid.	5.78
V.11-Decl. Normativas	10.19	V.16-Incapacidade/ Decl.Impot.	5.73
V.13-Decl.Altern./Const. Analog.	7.03		
V. 3-Constr.Complex./ Explor. Hip.	7.02		
V.17-Just. Vivenc./ Doença/Decl.Sint.	5.42		
V. 4-Posição Prop./Just. Pers./Auto-Constr.	4.83		
V.12-Acentuações/ Aorg/ Signif. Relat.	4.30		
V. 5-Posição Alter/ Alo-Constr.	3.86		
V. 2-Agreg./Constr.Limit	3.09		
V.20-Coment. Mist.	3.03		
V. 9-Afect.e Val.Prop. Posit./Coop.Prop.	3.03		

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 47	12.10	E 27	7.36
E 21	8.11	E 26	7.17
E 32	7.45	E 14	6.69
E 28	7.36	E 40	6.56
E 25	6.43	E 9	6.42
E 42	5.17	E 41	6.26
E 8	4.82	E 38	5.64
E 39	4.34	E 24	5.55
E 45	4.32	E 37	5.24
E 3	4.03	E 17	5.14
E 50	3.98	E 13	4.34
E 1	3.42	E 20	4.30
E 10	3.02	E 2	4.20
		E 16	3.60
		E 22	3.37
		E 4	3.34
		E 15	3.07

QUADRO 5.5 - SITUAÇÃO 4. FACTOR 1 (Taxa de inércia-38,3%)

Amostra de ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES (N=50)

Análise Factorial das correspondências-20 variáveis sociais

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

interpessoal caracterizado pela rigidez ou repetição das respostas (V.15) e pelas declarações de incapacidade do sujeito (V.16). Nesta quarta situação social, ao contrário das anteriores, as declarações de tipo holofrástico (V.14) revelam-se com um valor inferior ao limiar na % de contribuição ao factor. No extremo oposto deste eixo (lado positivo), como pode ser observado no Gráfico V.4, verifica-se o mesmo núcleo básico de categorias das situações anteriores, isto é, a associação entre: operações de translação ou mudanças para situações externas, reorganizações idiossincráticas de dados com atributos distorcidos do ponto de vista semântico, mudanças semânticas nos atributos da situação, internalizações abstractas e caracterizações fisiognómicas (V.19); declarações normativas (V.11); alterações organizativas dos dados, acentuações (semânticas, afectivas, etc.) e relações não usuais de significante-significado (V.12); declarações de hipóteses alternativas, restrição de hipóteses ou autolimitação dos conteúdos expressos (V.13); construções lógicas de grau elevado de complexidade (V.3). A este conjunto de categorias associam-se, nesta situação social, outras operações de identificação de dados: operações de justificação para as respostas por argumentos de tipo vivencial, pela existência de doença ou pela presença de sintomas (V.17); operações de construção ou simples definição de uma identidade do próprio (V.4); construções com elementaridade lógica ou simples agregação de atributos referenciais (V.2); comentários mistos complexos com identificação de atributos associados a experiências vivenciais ou afectivas (V.20); caracterizações afectivas ou valorativas referidas ao próprio com carácter positivo ou declaração de uma atitude de cooperação com os membros do grupo (V.9); declarações de uma definição da posição dos outros na relação interpessoal ou identificação dos outros, através de atributos do nível da sua personalidade ou ainda operações de construção de uma "identidade" para os outros (V.5).

No plano dos sujeitos (Quadro 5.5 e Gráfico V.4)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

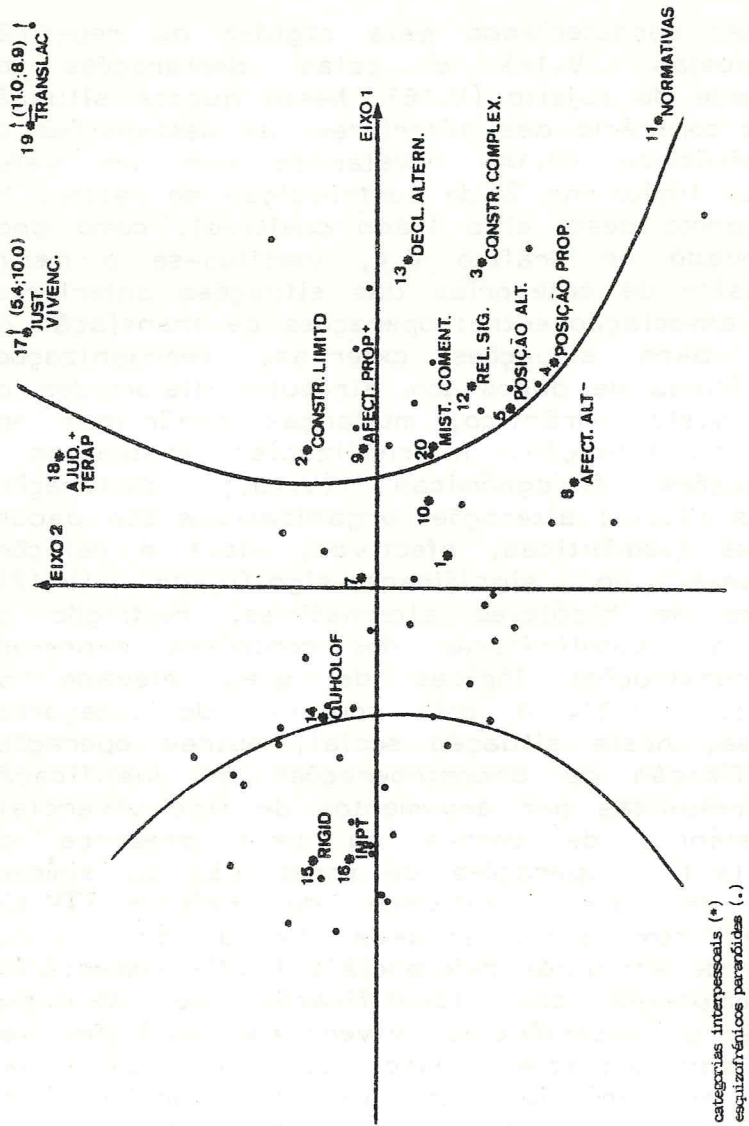


Gráfico V.4 - Análise Factorial das Correspondências. Plano(1,2) dos sujeitos e variáveis. 4ª SITUAÇÃO SOCIAL. Esquizofrênicos Paranóides descritos pelas 20 categorias de relação interpessoal.

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

verifica-se que na quarta situação social são, na sua maioria, os mesmos doentes que nas análises anteriores entravam em correspondência com os agrupamentos de categorias colocadas nos extremos do eixo. Um facto idêntico pode ser observado na zona central do eixo. Tal como referimos nas análises anteriores, o que sofre modificações de situação para situação são as posições relativas dos doentes na ordenação das percentagens de contribuição para a formação do factor. Por este motivo, originam-se também algumas modificações no agrupamento das variáveis.

Síntese dos resultados do 1º Factor

Verificamos, em qualquer das quatro situações sociais, que o primeiro factor vai evidenciar, dum modo constante, a oposição entre dois subgrupos nucleares de categorias ou de conjuntos de operações de identificação de dados de interacção social que surgem em posicionamentos opostos nos polos factoriais. Em correspondência, com idêntica estabilidade no primeiro plano factorial, vão posicionar-se dois subgrupos de esquizofrénicos paranóides. Estes agrupamentos que correspondem com elevada probabilidade a padrões básicos de relação interpessoal, sofrem algumas modificações, por acréscimo ou diminuição de categorias, em cada uma das situações sociais. Dum modo geral, podemos afirmar que no decorrer das interacções, enquanto que um deles se vai amplificando, o outro vai-se reduzindo. Iremos proceder a uma síntese de cada um destes modos opostos de caracterização da interacção social e das suas transformações, de acordo com o contexto referencial das situações.

1. O **primeiro padrão**, que iremos analisar, é formado pelo agrupamento factorial de **operações** de interacção, elaboradas sob a forma de **hipóteses**

complexas sobre a realidade social actual mas que produzem uma **comunicação verbal distanciada** dessa mesma **realidade** por **reorganização, modificação e distorção** mais elevadas nos **dados referenciais** ou atributos das situações sociais (categorias nucleares: V.19, V.11, V.3, V.13, e V.12).

Este agrupamento observa-se no polo negativo do 1º factor na primeira situação social e nos polos positivos das situações sociais seguintes:

a. Na primeira situação social este é um dos padrões factoriais básicos que podem ser observados e podemos anotar que mesmo numa situação que é claramente denotada um grupo de doentes produz hipóteses que contêm uma modificação profunda da realidade. Nesta situação, os doentes esquizofrénicos paranóides que se afirmam por este modo de compreensão das relações interpessoais, usam predominantemente operações de caracterização afectiva e valorativa do próprio ou relativa aos outros com carácter negativo. Quando sentem dificuldades em produzir respostas tendem a justificar-se usando argumentos que não são verificáveis por se referirem à sua experiência vivencial privada.

b. Na segunda situação social, durante a qual o sujeito era submetido a uma crítica acerca do seu comportamento passado, num contexto não institucionalizado de papéis e interacções de tipo familiar, em comparação com a situação anterior, em que lhe era solicitada uma ajuda (sob uma forma institucionalizada) para a sua participação numa experiência de ensaio farmacológico, verificaram-se algumas modificações, por junção de novas categorias, ao padrão básico de relação interpessoal:

b.1) Uma inversão da posição afectiva ou valorativa do sujeito em relação aos outros participantes na situação ou ao grupo no seu conjunto. De uma atitude de desagrado, de crítica ou de desvalorização dos outros, o sujeito passa a declarar que têm para com eles uma atitude oposta, isto é, caracterizada por afectos positivos, valorizações do grupo e declarações de uma disposição para cooperar. Estas afirmações

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

poderão ter, eventualmente, uma natureza auto-afirmativa e representar uma atitude de oposição às censuras, críticas e desvalorizações que lhe são efectivamente dirigidas pelos membros do grupo, no decurso e contexto desta segunda situação social. A verificar-se esta hipótese os afectos e valorizações, expressos pelo sujeito, constituiriam qualificações próximas do referencial. No entanto, seria necessário pressupor a existência de uma identificação da situação simulada a uma situação da vida real. Verifica-se ainda, nesta segunda situação social relativamente à anterior, uma perda da importância das operações de atribuição aos outros de uma atitude crítica, desvalorativa ou com afectos expressos negativamente face ao sujeito. Este tipo de caracterizações estaria mais próximo dos atributos implícitos nesta segunda situação do que na anterior. A sua ausência pode ser interpretada como correspondendo a uma recusa do sujeito para actualizar o seu conhecimento relativo a alguns aspectos da realidade social, na dimensão da crítica e da censura.

b.2) Uma maior contribuição das declarações que visam a definição da posição do próprio na relação, com base em dados do nível da personalidade, uma construção da identidade própria, com ou sem o recurso a uma identificação específica aos membros do grupo e ainda justificações para as respostas com base em dados pessoais elaborados de um modo complexo. Poderia interpretar-se o maior uso deste tipo de operações, nesta situação relativamente à primeira, como uma ligação ao referencial da situação, isto é, às críticas feitas pelos membros do grupo relativamente a aspectos da personalidade do sujeito, às suas atitudes sociais e às solicitações que lhe são feitas para que modifique ou opte por outra atitude ou para que assuma um certo papel no contexto das relações e das regras de uma situação próxima da familiar. O conteúdo específico das frases lidas pelos outros intervenientes, saturadas em atributos operacionais (ou que respeitam às regras da

situação), foram elaboradas de acordo com este tipo particular de dados. As operações, usadas pelos esquizofrênicos paranóides para a definição de si próprio a nível dos atributos da sua personalidade ou para construção de uma identidade própria, poderiam corresponder a uma elaboração referencial dos enunciados. No entanto, é de assinalar (como verificámos nas análises factoriais, referidas no início deste capítulo feitas sobre as 29 variáveis sociais desdobradas) que nos doentes esquizofrênicos paranóides, são sobretudo as operações de construção da identidade própria e as justificações construídas a partir de dados pessoais (quase independentes das perguntas), que vão contribuir com maior probabilidade para esta categoria condensada (V.4), tendo menor significado as definições da posição do sujeito na relação interpessoal. Deste modo, muito provavelmente, o determinante destas respostas seria o espaço referencial interno e não o referencial externo da situação social.

b.3) Uma menor importância das justificações nas dificuldades das respostas, com utilização de argumentos de natureza vivencial ou pela existência de doença ou presença de sintomas. Este tipo de operações envolve a declaração da existência dum certo grau de dificuldade do sujeito para responder às perguntas, isto é, para verbalizar o seu estado de conhecimento acerca da situação. Esta categoria é mais frequente na primeira situação social do que na segunda, o que pode ser devido a factores de "stress", produzidos pela natureza interaccional da experiência e ainda pelos problemas (habitualmente sentidos pelos esquizofrênicos) de adaptação a qualquer situação nova.

c) Na terceira situação social é oferecida ao sujeito de experiência, pelos outros participantes na situação, sob a forma institucionalizada uma ajuda da natureza não especificada, mas que possui um carácter afectivo positivo.

Em relação às duas situações sociais anteriores, verifica-se um enriquecimento do padrão de interacção

que temos vindo a analisar.

c.1) Surgem comentários mistos complexos, com um conteúdo vivencial ou afectivo associado às identificações referenciais. Do ponto de vista das caracterizações afectivas e valorativas, observa-se a manutenção, por parte do sujeito, de afectos e de valorizações positivas e de uma atitude cooperante em relação ao grupo, ostensivamente declarada. No entanto, estas manifestações vão coexistir com as de carácter oposto, isto é, que correspondem a estados afectivos e valorizações negativas sentidas pelo próprio e declarações de rejeição ou de crítica da situação ou dos seus intervenientes. Reaparecem nesta situação as declarações que tinham diminuído de importância na segunda situação social, de atribuição aos outros participantes de que sentem afectos negativos pelo sujeito, o desvalorizam e criticam. Pela inspecção do Gráfico V.3 pode observar-se que as declarações afectivas, valorativas e de atitudes com carácter negativo (quer referidas ao próprio quer atribuídas aos outros)(V.10 e V.8) estão associadas entre si e afastadas espacialmente das que têm carácter positivo(V.9). A esta separação relativa entre variáveis, corresponde uma certa demarcação entre os sujeitos que usam predominantemente um ou o outro tipo de caracterizações. No entanto, dado que é positivo o carácter afectivo dos atributos contidos na terceira situação, as caracterizações negativas da mesma correspondem a uma perda da ligação ao referencial da situação simulada. Podemos interpretá-las como estando em relação com a identificação que fazem os sujeitos esquizofrénicos paranóides entre a situação social de experiência e a situação real hospitalar e representam possivelmente uma atitude de rejeição do doente ou uma projecção das suas atitudes críticas sobre os outros. Esta interpretação está apoiada pelo facto desta categoria ou operação (V.8) estar associada (ver Gráfico V.3) às justificações para as dificuldades nas respostas baseadas em argumentos de natureza vivencial, pela existência da doença ou presença de sintomas(V.17), e ainda pelo facto de

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

neste perfil de interacção se associarem às anteriores categorias as declarações sobre o carácter de ajuda ou dos fins terapêuticos da situação.

c.2) Verifica-se que nesta situação social outras categorias vão contribuir para a caracterização deste padrão de interacção. Para além de referências complexas surgem operações de agregação de referências ou construções lógicas de dois níveis.

c.3) Tal como na segunda situação social mantêm-se as operações de definição da posição do próprio na relação, através de atributos da personalidade do sujeito e construções de uma identidade própria desligada do contexto da pergunta ou da situação social.

Podemos, em síntese, afirmar que o alargamento deste padrão de interacção (distorcido e distanciado da realidade) se dá na terceira situação social: no sentido de um maior número e variedade de caracterizações afectivas, de caracterizações de natureza vivencial ou relativas à experiência privada do sujeito, associadas ou não a identificações referenciais; pelo maior uso de operações de justificação das próprias intervenções com argumentos de conteúdo vivencial, baseados na existência de uma doença ou de sintomas; e finalmente pelas declarações, próximas da referência, de que existe da parte do grupo uma intenção de ajuda ou de tratamento.

O conteúdo específico de ajuda da terceira situação social, poderá ser um dos factores que suscita, da parte dos doentes, um maior número de caracterizações afectivas e vivenciais. No entanto poderá ter também algum papel determinante a redução de "stress" emocional da situação social anterior produzido pelo seu carácter de crítica e de censura.

d) Na quarta situação social em que o sujeito é submetido a uma acusação, sob a forma de uma crítica baseada na suposta transgressão de regras institucionais, é-lhe oferecido simultaneamente por certos membros do grupo um apoio de carácter institucionalizado. Verificámos, que este padrão que temos vindo a descrever sofre algumas modificações

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

nesta situação em relação às anteriores.

d.1) A diminuição da importância relativa das declarações afectivas ou valorativas com conteúdo negativo e declarações de atitude crítica, afirmada pelo próprio em relação aos outros ou projectada sobre eles, operações que nesta situação passam a colocar-se na zona central do eixo sem contribuição significativa para a formação do factor. Este facto vem apoiar a interpretação que fizemos sobre a suposta natureza distorcida, em relação ao referente, das operações que vão sendo incluídas ou excluídas do padrão básico de interacção social dos doentes posicionados no extremo correspondente do eixo.

d.2) A manutenção das operações de caracterização afectiva ou valorativa com carácter positivo referidas ao próprio sujeito assim como das declarações de uma disposição para cooperar com o grupo. O uso deste tipo de caracterizações, poderá corresponder a uma necessidade de auto-afirmação perante uma situação com atributos fortemente agressivos, mas implica uma identificação à personagem e à situação simulada como se esta fosse real, por consequência é uma das formas em que se pode manifestar a perda da ligação ao referencial.

d.3) A manutenção das operações de: justificação das dificuldades para as respostas elaborada a partir de dados vivenciais, pela afirmação da existência no sujeito de uma doença ou pela presença de sintomas; das operações de definição das características de personalidade que determinam a sua identidade própria ou de operações de construção de uma identidade para o próprio, distanciada da realidade actual; dos comentários mistos, complexos, entre dados de referência e atributos vivenciais ou afectivos. As operações englobadas neste terceiro ponto (d.3), têm vindo a manter-se desde a segunda situação social (V.9) e V.2) ou desde a 3ª (v.20)). Correspondem a caracterizações e elaborações vivenciais e afectivas, que dizem respeito à experiência privada do sujeito. A natureza destes dados que, nestes doentes, surjem desligados dos atributos referencialmente introduzidos

nas situações mencionadas, é explicada por um predomínio do espaço referencial (ou do contexto) interno sobre a realidade exterior ao sujeito.

d.4) As operações efectuadas sobre dados identificados a partir dos atributos da situação, identificações expressas sob a forma proposicional ou predicativa, têm nesta situação social, tal como na anterior, o carácter elementar das agregações ou das inferências de dois níveis (permissa-conclusão).

c.5) Pela primeira vez associa-se ao padrão de interacção social que temos vindo a analisar, a operação de definição da posição dos outros na relação, feita sob a forma de uma caracterização a nível da personalidade ou a operação de construção da identidade dos membros do grupo, duma forma mais distanciada da realidade e feita por vezes dum modo dramatizado.

11. O **segundo padrão** básico de interacção social, surge no 1º factor das quatro análises factoriais, no polo oposto ao anterior (polo positivo da primeira situação e negativo das restantes) como descrevemos em cada uma das situações sociais. Este padrão, dum ponto de vista do funcionamento das operações que o constituem, é quase antagónico em relação ao anterior. Em vez de um enriquecimento dos atributos da realidade, embora feito com modificações intensas e sem retorno, verifica-se agora neste segundo padrão uma **redução e empobrecimento na identificação, elaboração e comunicação dos dados**. É constituído por operações que visam a **diminuição na complexidade das caracterizações dos atributos** parcelares ou globais da situação; uma **limitação da interacção** a um número restrito de categorias consideradas suficientes pelo sujeito; uma redução da comunicação verbal a frases curtas ou mesmo uma única palavra com repetição rígida dos mesmos conteúdos, por vezes consistindo apenas em declarações explícitas de incapacidade para responder (categorias nucleares: V.14, V.15 e V.16).

Na primeira situação social, a estas operações

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

associam-se as declarações feitas pelo sujeito de experiência, acerca das suas próprias vivências ou de vivências que atribui aos outros participantes na situação. Estas caracterizações estão próximas da identificação referencial.

Na segunda e terceira situações sociais, o segundo padrão reduz-se e está limitado aos três tipos de operações referidos, isto é, operações holofrásticas, rigidez nas respostas e declarações de incapacidade.

Na quarta situação social torna a dar-se uma nova redução deste agrupamento de variáveis que fica limitado às operações de rigidez e declarações de incapacidade.

Os doentes esquizofrénicos paranóides, que se posicionam em correspondência com este padrão de categorias vão, ao longo das situações, reduzindo o conteúdo das suas comunicações verbais que ficam limitadas na quarta situação social a declarações de incapacidade rigidamente repetidas.

Segundo Factor ou Segundo Eixo Factorial

O segundo factor, nas quatro situações sociais, fornece uma contribuição para a explicação da variância total da amostra inferior à do primeiro factor (respectivamente: 10,4%; 9,4%; 12,2% e 13,6%). No entanto, como iremos verificar, o seu estudo parece ter interesse para a compreensão de alguns aspectos das relações interpessoais na esquizofrenia paranóide. No plano dos doentes, nos extremos deste factor, verificamos que em relação à amostra total, é relativamente reduzido o número de esquizofrénicos paranóides que contribuem de um modo significativo para a sua formação. Este facto, que se evidencia sobretudo a partir da segunda situação social, conduz à interpretação do factor como tendo uma natureza específica, ou seja, exclusiva de um número restrito de sujeitos. Este mesmo facto irá verificar-se, sobretudo na terceira situação social, relativamente

aos agrupamentos de categorias.

1ª Situação Social

Na primeira situação social o 2º factor vai opôr dois subgrupos de categorias (Quadro 5.6). Num dos extremos do eixo (lado positivo) vão associar-se: as operações de translação para situações exteriores, as operações de reorganização dos dados com distorções semânticas parciais, as mudanças semânticas globais, internalizações abstractas e caracterizações fisionómicas (V.19); as declarações de incapacidade (V.16); as justificações vivenciais, por doença ou por sintomas (V.17) e as declarações normativas (V.11). A este agrupamento opõe-se (lado negativo) uma outra associação de fenómenos de relação interpessoal: comentários mistos complexos de natureza vivencial ou afectiva (V.20); declarações afectivas ou valorativas com carácter negativo ou atitudes de rejeição e crítica atribuídas aos outros (V.8); operações de restrição de hipóteses ou formulação de hipóteses em alternativa (V.13) e declarações vivenciais acerca do próprio ou dos outros, próximas da referência (V.6). Podemos sintetizar, em relação aos sujeitos, que este factor associa no lado positivo os doentes esquizofrénicos paranóides que usam operações de transposição para o exterior dos atributos da situação, modificações nos dados da realidade com pequenas distorções ou mudanças semânticas mais extensas mas que simultaneamente usam declarações de incapacidade para lidar com a situação ou operações de justificação das próprias dificuldades com base nas suas vivências passadas, vivências de doença ou afirmação de sintomas. Alguns doentes deste grupo têm também uma tendência para a invocação simultânea de caracterizações normativas num padrão distorcido e distanciado do contexto da situação.

No extremo oposto do eixo, situa-se um grupo de doentes que invocam a sua experiência vivencial e a

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIAVEIS	% de contrib.	VARIAVEIS	% de contrib.
V.19-Cont.Ext./Translac/Reorg/"Drift" Sem.	5.20	V.20-Coment.Mist.	17.25
V.16-Incapacidade/Decl. Impot.	4.92	V. 8-Afect. e Val. Alt.Neg/Regei.Alt.	6.96
V.17-Just. Vivenc/Doença/Decl.Sint.	4.65	V.13-Decl.Altern/Constr.Analog.	5.60
V.11-Decl.Normat.	3.03	V. 6-Decl.Vivenc.	3.57

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib.	SUJEITOS	% de contrib.
E 20	4.84	E 3	5.14
E 34	4.61	E 11	4.63
E 37	4.49	E 15	4.42
E 19	3.87	E 18	4.07
E 32	3.63	E 36	4.06
E 43	3.40	E 39	3.91
E 47	3.39	E 28	3.69
E 4	3.34	E 48	3.65
E 10	3.17	E 35	3.54

QUADRO 5.6 -SITUAÇÃO 1. FACTOR 2 (TAXA DE INERCIA-10,4%)

Amostra de ESQUIZOFRÊNICOS PARANOIDES (N=50)

Análise Factorial das correspondências-20 variáveis sociais

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

associam com a identificação de alguns atributos da situação. Têm, por conseguinte, uma maior capacidade de ligação ao referencial do que os doentes anteriores. Simultaneamente, possuem uma tendência para atribuir aos outros afectos ou valorizações negativas ou para adoptarem uma atitude crítica face a eles. Ainda, para usarem operações de limitação às próprias declarações que vão produzindo ou formulação de sucessivas interpretações em alternativa, sem uma resolução da indecisão criada.

Este segundo factor caracteriza na primeira situação social, mais especificamente, a relação inter-pessoal de alguns doentes esquizofrénicos paranóides, que utilizam na sua adaptação à realidade categorias de interacção social que estavam incluídas num ou no outro dos padrões básicos, identificados no primeiro factor. Por um lado, isola os sujeitos que ao usarem operações "modificadoras" da realidade (que envolvem uma maior alteração nos dados e afastamento do sistema de referência) as associam com uma certa forma de "consciência" do carácter desadequado das próprias respostas (implícita nas declarações de que têm uma incapacidade para responder). Em oposição, são caracterizados os doentes com um menor grau de distânção da situação social. Embora alterem as identificações referenciais de alguns atributos parcelares não o fazem dum modo tão distanciado da realidade como os doentes anteriores. A identificação referencial é então modificada: no sentido duma amplificação dos atributos pelo recurso a dados (não verificáveis) de natureza afectiva, valorativa, relativos a atitudes ou a vivências do próprio e que estão desligados da interacção actual; ou pela auto-contradição das caracterizações produzidas ou redução nos conteúdos das declarações ou hipóteses, dando origem à formação de hipóteses mais gerais e subinclusivas.

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

2ª Situação Social

Na segunda situação social torna a verificar-se a separação entre os dois padrões, numa forma mais específica do que na primeira situação (Quadro 5.7). Do lado positivo associam-se os esquizofrénicos paranóides que na sua interacção social fazem operações de translação ou mudanças temáticas para situações exteriores com distorções, mudanças no conteúdo semântico dos atributos, construções reorganizativas nos dados sem retorno ao referencial ou à realidade (V.19) e que simultaneamente produzem caracterizações normativas com elevado grau de distanciamento das normas implícitas na situação (V.11). Para este extremo positivo do eixo vão contribuir sobretudo três doentes, cujo perfil predominante corresponde a esta associação de operações. No lado oposto (negativo) situam-se, com contribuição significativa, um outro grupo de doentes que utilizam predominantemente declarações vivenciais próximas da referência, acerca de si ou dos outros (V.6) e produzem ainda caracterizações referenciais elementares da situação (V.1).

Neste factor da segunda situação social verifica-se, em relação ao 1º factor, num dos extremos, a repetição da associação entre as duas categorias V.19 e V.11. Estas categorias tinham uma elevada contribuição para o 1º factor desta mesma situação, incluídas no padrão de interacção distorcido e distanciado da realidade actual. Por este motivo, a interpretação do agrupamento de categorias de relação interpessoal, neste polo factorial, acrescenta pouca informação em relação à análise do 1º factor. No entanto, pode ser atribuído um significado neste 2º factor ao agrupamento factorial de variáveis no polo oposto. Efectivamente, no extremo negativo do eixo surge um predomínio de caracterizações de natureza vivencial, associadas à utilização de dados elementares sob a forma de referências directas, isto é, que possuem uma elevada afinidade com as intenções

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

dos experimentadores. Mesmo as declarações que são referidas à experiência privada do sujeito têm neste extremo do 2º factor uma marcada ligação aos atributos, isto é, à realidade da situação social. No 1º factor desta segunda situação, estas declarações vivenciais estariam possivelmente recobertas pela operação de elaboração vivencial das experiências passadas, elaboração desligada dos factos actuais e incluída na reorganização dos dados, operação condensada na categoria nº 19 ("Translac"). Por conseguinte, os doentes que contribuem para este extremo do 2º factor têm, em relação aos do polo oposto, uma menor perda da capacidade referencial. .

A natureza das oposições que tínhamos verificado no 2º factor da primeira situação social, isto é, modificações profundas da realidade por distorções nos atributos, versus, aproximação da realidade por identificação de referentes, com relativo afastamento por introdução de dados vivenciais, não verificáveis, é ainda mais nítida no 2º factor da segunda situação social do que na anterior. Naquela, para além de serem utilizadas uma maior variedade de caracterizações (algumas como por exemplo as afectivas estão distanciadas da situação), os dados vivenciais surgiam sob a forma de um comentário à pergunta, anexados à identificação referencial de atributos parcelares, mas distanciados destes por uma elaboração vivencial complexa. Na segunda situação, pelo contrário, os atributos referencialmente obtidos são utilizados como ponto de partida para as declarações vivenciais do sujeito.

3ª Situação Social

Na terceira situação social (Quadro 5.8) verifica-se que o lado positivo do 2º factor é constituído por uma única categoria (V.19). Esta corresponde à condensação das operações que contribuem para a organização de um padrão

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

distanciado e profundamente alterado de interagir com os outros, característico de um certo grupo de esquizofrênicos paranóides - categoria denotada de um modo abreviado por "Translac" - que tem vindo a ser descrita ao longo deste capítulo, pelo que evitaremos agora a sua repetição. O polo oposto deste 2º factor (negativo) faz a separação de outro agrupamento de categorias que no 1º factor estavam associadas à categoria "Translac". Este agrupamento é formado pela conjugação das seguintes categorias: declarações feitas pelo sujeito de que está a receber ajuda ou de que está envolvido numa situação terapêutica (V.18); comentários complexos nos quais os sujeitos associam identificações referenciais a dados de natureza afectiva ou vivencial fora do contexto da pergunta (V.20); caracterizações da personalidade do próprio que conduzem à definição da sua posição na relação interpessoal ou à construção elaborada de uma "identidade" própria (V.4); e finalmente operações de definição da posição dos outros na relação determinada pelos seus atributos de personalidade ou ainda utilização deste tipo de dados para a construção de uma "identidade" para os outros participantes no grupo social (V.5).

Este 2º factor, tal como na anterior situação, tem num dos polos um carácter mais próximo da referência e do contexto da situação simulada, que se evidencia na declaração explícita dos atributos de ajuda ou terapêutica incluídos na situação. No entanto, esta identificação é possivelmente suscitada pelo contexto hospitalar em que a experiência decorre, e que "facilita" o uso de uma competência referencial. Este tipo de categorias que envolvem a atribuição de uma intenção de ajuda ou terapêutica aos membros do grupo, tinham surgido no 1º factor desta situação, mas estavam associadas a outras operações de relação interpessoal, num padrão mais distanciado dos dados da situação actual. Devemos, no entanto, notar que este uso dos dados de referência (como atributos de "ajuda" ou "terapêutica"), estava na primeira situação possivelmente ligado a uma tendência à "identificação"

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib.	VARIÁVEIS	% de contrib.
V.19-Cont.Ext./Trans-lac/Reorg./"Drift" Sem.	7.40	V. 6-Decl.Vivenc.	9.67
V.11-Decl.Normativas	4.42	V. 1-Refer.	2.49

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib.	SUJEITOS	% de contrib.
E 47	5.90	E 21	6.68
E 32	4.14	E 39	3.89
E 41	3.46	E 29	3.22

QUADRO 5.7 - SITUAÇÃO 2. FACTOR 2 (Taxa de inércia-9,4%)

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib.	VARIÁVEIS	% de contrib.
V.19-Cont.Ext./Trans-lac/Reorg./"Drift" Sem.	6.32	V.18-Decl.Ajuda/ Terap./Diag.	10.26
		V.20-Coment.Mist.	6.15
		V. 5-Posição Alter./ Alo-Constr.	5.21
		V. 4-Posição Prop/ Just.Pers./Auto-Constr.	3.37

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib.	SUJEITOS	% de contrib.
E 32	4.18	E 21	12.86
E 47	3.73	E 29	3.74

QUADRO 5.8 - SITUAÇÃO 3. FACTOR 2 (Taxa de inércia - 12,2%)

Amostra de ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES (N=50)

Análise Factorial das correspondências - 20 variáveis sociais

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

dos membros do grupo como se a situação estivesse a decorrer na vida real. No 2º factor estes atributos estão associados a caracterizações que envolvem uma elaboração complexa de dados (vivenciais ou afectivos) não verificáveis e produzidos independentemente da pergunta que foi formulada ao sujeito. Estas características limitam a interpretação das operações agrupadas neste extremo do factor, em termos de uma efectiva "competência" para a identificação correcta (referencial) dos atributos externos. De qualquer modo este 2º factor mantém analogias com o mesmo factor das situações anteriores.

4ª Situação Social

Na quarta situação social no lado positivo do segundo factor (Quadro 5.9) observa-se um agrupamento entre o uso de operações de justificação das dificuldades nas respostas, formuladas em termos de vivências passadas do sujeito ou pela afirmação da existência de doença ou presença de sintomas (V.17), simultaneamente associadas às operações de translação para o exterior, distorções e mudanças semânticas (V.19); e às declarações de que está a ocorrer uma ajuda ou um processo de tratamento (V.18). Este agrupamento de operações de identificação de dados, corresponde na quarta situação social a um modo muito distorcido de reconhecimento da relação interpessoal. O conteúdo particular desta situação está muito distanciado de uma situação de ajuda ou de terapêutica. Para além de haver um factor de invariância na natureza das operações que neste extremo factorial tem estado associadas ao longo das quatro situações, o uso destas operações poderá também corresponder a um factor de rigidez trans-situacional ou de manutenção das respostas que tinham sido fornecidas na situação anterior (terceira situação). Esta interpretação é apoiada pelo facto da categoria que exprime a rigidez (V.15) estar colocada

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib.	VARIÁVEIS	% de contrib.
V.17-Just.Vivenc./Doença/Decl.Sint.	10.08	V.11-Decl.Normativas	6.11
V.19-Cont.Ext./Translac/Reorg./"Drift" Sem.	8.94	V. 8-Afect.e Val.Alt. Negat./Rejei.Alt.	4.20
V.18-Decl.Ajuda/Terap/Diag.	6.78		

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib.	SUJEITOS	% de contrib.
E 47	9.87	E 21	7.02
E 43	3.93	E 23	5.06
E 9	3.17	E 30	3.73
E 20	3.08	E 39	3.56
		E 28	3.20

QUADRO 5.9 - SITUAÇÃO 4. FACTOR 2 (Taxa de inércia - 13,6%)
 Amostra de ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES (N=50)
 Análise Factorial das correspondências-20 variáveis sociais

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

no centro do eixo mas próxima do limiar do lado positivo. O uso de operações de justificação que tem uma contribuição importante para o 2º factor neste polo positivo, poderá ainda corresponder, na quarta situação social, a uma tendência de alguns esquizofrénicos para se identificarem às personagens de uma situação terapêutica (falsamente identificada) e usarem atributos dessa posição para justificar as suas dificuldades de relação interpessoal. Teremos que assinalar o facto de que todas estas operações, que analisámos, estarem incluídas no contexto distorcido e distanciado fornecido pela categoria "Translac". No lado oposto (negativo) separam-se outro tipo de operações: as caracterizações normativas respeitantes ao próprio ou aos outros (V.11), associadas à atribuição de afectos negativos ou desvalorizações dos outros ou ainda às atitudes de rejeição face ao próprio (V.8). Este agrupamento de categorias, separa um subgrupo de esquizofrénicos paranóides que se diferencia do subgrupo que está em oposição factorial pelo uso predominante de operações de caracterização de tipo normativo, de uma definição da posição própria através de características da sua personalidade, com ou sem construção de uma "identidade" própria e ainda de caracterizações afectivas atribuídas aos outros com carácter negativo, desvalorização crítica dos outros intervenientes na situação ou projecção sobre eles da sua própria auto-crítica. Reconsideremos que, na quarta situação, está presente uma acusação e uma crítica fortemente agressiva, feita contra o sujeito sob a forma institucionalizada e com menção explícita de que este transgrediu normas institucionais. Desse modo, este agrupamento de categorias do lado negativo está mais próximo dos atributos da situação simulada e revela uma maior ligação ao referencial pelo grupo de doentes que as utiliza.

Em síntese, verificamos que o polo positivo do 2º factor da análise factorial dos dados da quarta situação social, corresponde às operações que levam a uma profunda modificação da realidade, com inversão

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

dos atributos de acusação para os de "ajuda" e distorções no conteúdo semântico dos atributos, enquanto que o polo negativo é constituído pelas declarações explícitas sobre o carácter predominantemente normativo da situação (categoria que se separa pela primeira vez da categoria "Translac") e sobre a existência de uma atitude crítica e de rejeição do sujeito que é atribuída aos outros membros do grupo. Estes dois tipos de caracterizações parcelares estão muito próximos dos atributos referenciais da situação simulada. A tendência para desvalorizar os outros, também manifestada pelos doentes posicionados neste extremo do eixo, é uma resposta adequada às declarações com conteúdo agressivo dos membros do grupo.

De um modo geral podemos sintetizar o 2º factor, nas quatro situações sociais, como um factor de gradiente de perda da ligação ao referencial das situações experimentais simuladas. Um dos extremos corresponde a um elevado afastamento da realidade social, enquanto que no outro há uma aproximação desta realidade, manifesta em certas identificações referenciais embora simultaneamente haja um afastamento relativo produzido pela introdução de dados de natureza afectiva ou vivencial ou pela elaboração vivencial das referências.

Terceiro e Quarto Factores ou Eixos Factoriais

Os 3º e 4º factores serão analisados em conjunto por possuírem analogias no que diz respeito ao tipo de categorias associadas. Em qualquer das análises factoriais, que vamos considerar, é relativamente reduzida a percentagem de explicação destes factores para a variância total da amostra, como pode ser observado no valor da taxa de inércia (Quadros 5.10 a 5.16). Podemos caracterizá-los, em geral, por definirem modos de interacção social que estavam subjacentes nos factores anteriores. Em algumas

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

situações, podem ser específicos de determinadas caracterizações, em especial de tipo afectivo ou valorativo. Um dos extremos destes factores é específico das declarações de incapacidade que se revelam como a operação mais significativa para um ou outro dos factores e surge associada a outras categorias, variáveis com a situação social.

1ª Situação Social

O polo positivo do 3º factor (Quadro 5.10) é específico das caracterizações afectivas. Os esquizofrénicos paranóides que se associam neste extremo do eixo, tem tendência a desvalorizar os outros, a atribuir-lhes afectos negativos, atitudes críticas ou de rejeição do próprio (V.8). Como tínhamos verificado a nível dos 1º e 2º factores, estas caracterizações afectivas e valorativas, atribuídas aos outros intervenientes, eram constantes nesta situação social. Poderão corresponder a uma projecção sobre os outros das críticas, desvalorizações, sentimentos ou emoções negativas sentidas pelo próprio sujeito, possivelmente pelas dificuldades de adaptação e necessidade de defesa contra "o novo" que representa a primeira situação a que é submetido. Efectivamente, a nível referencial, as dimensões afectivas e valorativas, predominantes nesta situação, são de natureza positiva, dado que estão incluídas nos argumentos invocados pelos membros do grupo no sentido de obterem uma cooperação do sujeito.

Opõe-se a este agrupamento de esquizofrénicos, no polo negativo, um outro conjunto de doentes que não atribuem aos outros caracterizações afectivas ou valorativas, relativamente à situação, mas que utilizam predominantemente construções complexas (V.3) de dados de natureza vivencial referidos ao próprio sob a forma de operações de justificação ou simples declarações vivenciais (V.17 e V.6) ou de dados referidos à situação concreta (hospitalar) em que

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIAVEIS	% de contrib.	VARIAVEIS	% de contrib.
V.8-Afect.Val.Alt Negat/Rejei.Alt.	3.18	V.17-Just.Vivenc/ Doença Decl.Sint.	7.79
		V.18-Decl.Ajuda/ Terap/Diag.	5.69
		V. 6-Decl.Vivenc.	4.27
		V.13-Decl.Altern.	3.62
		V. 3-Constr.Complex/ Explor.Hip.	3.04

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib.	SUJEITOS	% de contrib.
E 48	3.59	E 15	4.73
E 38	3.55	E 20	4.33
E 32	3.54	E 16	3.96
E 3	3.08	E 21	3.38
E 10	3.03		

QUADRO 5.10-SITUAÇÃO 1. FACTOR 3 (Taxa de inércia -7,2%)
 Amostra de ESQUIZOFRENICOS PARANOIDES (N=50)
 Análise Factorial das Correspondências-20 variáveis sociais

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib.	VARIÁVEIS	% de contrib.
V.20- Coment.Mist	6.16	V.16- Incapacidade/ Decl.Impot.	5.72
V.18-Decl.Ajuda/ Terap/Diag.	3.64	V.13- Decl.Altern./ Constr.Analog.	5.04

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib.	SUJEITOS	% de contrib.
E13	4.70	E19	5.10
E9	4.06	E5	3.93
E12	3.76	E30	3.93
E26	3.01	E4	3.91
		E31	3.89

QUADRO 5.11-SITUAÇÃO 1. FACTOR 4 (Taxa de inércia-6,3%)
 Amostra de ESQUIZOFRENICOS PARANOIDES (N=50)
 Análise Factorial das Correspondências-20 variáveis sociais

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

decorre a experiência pela identificação errónea de que estão a ser ajudados ou tratados pelos membros do grupo (V.18); e que colocam restrições às hipóteses que produzem (V.13). A atribuição de uma ajuda aos outros é uma identificação contrária aos atributos incluídos nesta primeira situação, em que a ajuda é pelo contrário explicitamente solicitada ao sujeito pelos outros membros do grupo. O uso desta operação de identificação pode ainda corresponder a uma inversão ou retorno sobre os outros, de qualidades atribuídas por estes ao próprio. Em alternativa, poderia colocar-se a hipótese de que estas declarações feitas pelo sujeito de que o grupo tem uma finalidade de ajuda, terapêutica ou de diagnóstico, sejam devidas a uma identificação parcial das referências, claramente denotadas, ao uso de um composto farmacológico e posteriormente elaboradas no contexto global da situação hospitalar (nível concreto da experiência). A elaboração vivencial dos dados conduziria então a um deslizar temático para a situação da vida real do doente, com consequentes caracterizações erróneas da situação actual simulada. Os doentes que contribuem para este polo factorial fazem construções complexas (com vários níveis de inferência na elaboração das hipóteses) mas simultaneamente utilizam operações de restrição ou de limitações das próprias declarações ou hipóteses que vão sendo produzidas.

Qualquer dos dois extremos deste 3º eixo é formado por operações de modificação da realidade, subjacentes no 1º factor à categoria "Translac" e que constituem uma especificação de algumas das formas distorcidas e distânciadas de lidar com a realidade—por modificações mais intensas nos atributos afectivos ou valorativos, determinantes das atitudes face ao grupo (na dimensão - cooperação versus rejeição) e por elaborações vivenciais complexas, parcialmente restringidas, de conteúdos ligados às experiências vividas pelo sujeito em relação à doença e à situação terapêutica hospitalar.

O 4º factor desta primeira situação social

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

(Quadro 5.11) tem no polo positivo alguma analogia com as categorias que se associavam a nível do 3º factor. Neste extremo do eixo agrupam-se os doentes que fazem declarações de que estão a ser ajudados ou tratados pelos membros do grupo (V.18) e simultaneamente produzem comentários mistos de dados, identificados referencialmente a dados afectivos ou vivenciais, exteriores à pergunta, elaborados de um modo complexo (V.20). No extremo oposto (lado negativo) associa-se um subgrupo de doentes que produzem declarações de incapacidade de adaptação à situação ou de incapacidade para responder às perguntas (V.16), associadas a declarações de hipóteses, em alternativas não resolvidas ou a operações limitativas às próprias afirmações para a formulação de hipóteses mais gerais (V.13). Este é um polo de "incapacidade" possivelmente relacionada com a tendência do sujeito para usar operações de subinclusividade na formação de hipóteses gerais e de autocontradição, de tal forma que criam uma área de indecisão.

2ª Situação Social

Os 3º e 4º factores, extraídos dos dados da segunda situação social, têm analogias com os da situação anterior. No polo positivo 3º factor (Quadro 5.12) vão associar-se as declarações erróneas de que existe da parte do grupo uma intenção de ajuda ou um papel terapêutico (V.18) com as operações de justificação para as dificuldades nas respostas, feitas com apelo à experiência privada do sujeito ou à presença de uma doença ou de sintomas (V.17). Este tipo de interacção está distanciado da realidade ou dos atributos da situação simulada, representando uma perda da ligação ao referencial. Em relação à estratégia semelhante, contida no polo negativo do 3º factor na situação anterior, podemos considerar que nesta segunda situação é ainda menor a capacidade

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V. 17-Just.Vivenc./ Doença/Decl.Sint.	11.05	V. 20-Coment.Mist.	10.02
V. 18-Decl.Ajuda/ Terap./Diag.	5.90		

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 16	7.08	E 11	4.13
E 13	3.24	E 10	3.59
		E 45	3.49

QUADRO 5.12-SITUAÇÃO 2. FACTOR 3 (Taxa de inércia-8,9%)

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V. 9-Afect.e Val.Prop. Posit./Coop.Prop.	2.5	V. 16-Incapacidade/ Decl. Impot.	4.72
		V. 6-Decl. Vivenc.	4.65

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 9	5.16	E 4	5.33
E 17	4.89	E 13	4.16
E 12	3.73	E 5	3.64
		E 31	3.13

QUADRO 5.13-SITUAÇÃO 2. FACTOR 4 (Taxa de inércia-5,9%)

Amostra de ESQUIZOFRENICOS PARANÓIDES (N=50)

Análise Factorial das correspondências - 20 variáveis sociais

dos doentes, situados neste polo, para utilizarem os atributos referenciais. Se a primeira situação poderia conter em si mesma pontos de partida para a mudança para o contexto real da relação médico - doente, esta segunda situação possui características mais distanciadas desse nível de realidade. O lado oposto do 3º factor (lado negativo) é específico de um pequeno conjunto de doentes que utilizam comentários mistos (afectivos ou vivenciais) associados às suas respostas e aos atributos identificados (V.20). Este extremo do eixo tem uma natureza específica de um tipo de categorias, pelo que fornece pouca informação.

No 4º factor da segunda situação (Quadro 5.13) no polo positivo vão salientar-se as caracterizações afectivas e valorativas com carácter positivo afirmadas pelo próprio sujeito ou as declarações de uma atitude de cooperação com o grupo (V.9). Este tipo de operações é utilizado pelos esquizofrénicos paranóides que tendem, dum modo específico, a afirmar-se hipervalorizando-se perante os outros, possivelmente a partir de uma identificação da censura contida na segunda situação, como se fosse real. No extremo oposto (negativo), tal como na situação anterior, evidenciam-se as declarações de incapacidade (V.16) fornecidas por um conjunto de doentes, simultaneamente com declarações de carácter vivencial (V.6) cujo ponto de partida consiste na identificação de atributos parcelares da situação, próximos da referência.

3ª Situação Social

O 3º factor é, nesta situação, específico (polo positivo) das declarações de incapacidade (V.16). que surgem associadas à utilização dos dados sob a forma de referências elementares (V.1). Não nos parece fácil interpretar a conjugação das declarações de incapacidade com as operações de identificação correcta de dados parciais de referência, a menos que a sua

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.16-Incapacidade/ Decl. Impot.	10.08	V.11-Decl.Normativas	2.69
V. 1-Refer.	3.06	V.15-Rigid.	2.40

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 19	13.31	E 9	4.40
E 30	4.29	E 17	4.22
E 8	3.70	E 43	3.46
E 5	3.08	E 12	3.36
E 24	3.02	E 2	3.35
		E 13	3.33
		E 40	3.14

QUADRO 5.14- SITUAÇÃO 3. FACTOR 3 (Taxa de inércia-9,8%)

Amostra de ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES (N=50)

Análise Factorial das correspondências - 20 variáveis sociais

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

elementaridade os torne tão fragmentários que impossibilite a formulação de hipóteses gerais. Este polo é o único que pode ser analisado neste 3º factor, dado que no extremo oposto (negativo) nenhuma categoria contribui com uma percentagem significativa ao factor (Quadro 5.14), ou seja, acima do limiar habitualmente considerado 3.0.

O 4º factor é específico em relação a alguns doentes esquizofrénicos paranóides. No lado positivo apenas dois doentes contribuem para o extremo do eixo. Caracterizam-se por uma associação de fenómenos de relação interpessoal que já estavam agrupados ao nível do 1º factor: operações de translação para situações exteriores, reorganização dos dados com distorções semânticas, mudanças semânticas, internalizações abstractas e caracterizações fisiognómicas (V.19); operações de justificação das dificuldades nas respostas pela invocação de vivências pessoais, pela existência de doença ou de sintomas (V.17); declaração de que existe uma ajuda ou intenção terapêutica por parte do grupo (V.18). Esta última categoria poderia representar uma estratégia de interacção próxima do contexto referencial desta situação (de ajuda), no entanto (tal como no 1º factor desta situação) está integrada num padrão distorcido e distanciado da realidade actual. Do lado oposto do eixo (negativo) agrupam-se as caracterizações afectivas e valorativas atribuídas aos outros com carácter negativo ou de uma atitude crítica em relação ao sujeito (V.8); as caracterizações afectivas e valorativas referidas ao próprio, simultaneamente positivas e negativas, atitudes do próprio face ao grupo, quer de cooperação quer de rejeição (V.9 e V.10); as proposições normativas (V.11); as declarações relativas às vivências ou experiências do próprio ou referidas aos outros participantes na interacção (V.6); e os comentários complexos vivenciais e afectivos associados a dados de referência (V.20). Neste lado do eixo agrupam-se os esquizofrénicos (Quadro 5.15) cujo modo predominante da interacção é feito através das caracterizações do próprio ou dos

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.19-Cont.Ext./Translac/Reorg./"Drift" Sem.	6.95	V.20-Coment.Mist.	18.78
V.17-Just.Vivenc./Doença/Decl.Sint.	5.60	V. 8-Afect.e Val.Alt. Negat./Rejei.Alt.	5.75
V.18-Decl.Ajuda/ Terap./Diag.	5.25	V.11-Decl.Normativas	4.60
		V.10-Afect.e ValProp Negat./Rejei.Prop.	3.34
		V. 9-Afect.e ValProp Posit./Coop.Prop.	3.17
		V. 6-Decl. Vivenc.	3.02

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 47	6.83	E 28	5.25
E 21	3.82	E 11	4.36
		E 36	4.12
		E 45	3.80
		E 42	3.28
		E 5	3.20

QUADRO 5.15-SITUAÇÃO 3. FACTOR 4 (Taxa de inércia-9,0%)

Amostra de ESQUIZOFRÊNICOS PARANOIDES (N=50)

Análise Factorial das correspondências - 20 variáveis sociais

outros em várias dimensões: afectiva, valorativa, normativa ou respeitante à experiência vivida.

Este 4º factor faz a oposição por um lado, entre as identificações referenciais de atributos da situação global, incluídas num padrão de modificação da realidade e por outro, agrupamentos de caracterizações de alguns aspectos do próprio ou dos outros: declarações de estados afectivos ou valorativos, contraditórios (negativos e positivos), afirmados em relação ao próprio, e identificações referenciais parcelares, ampliadas pela aposição de comentários desligados da realidade.

4ª Situação Social

O 3º factor na quarta situação social (Quadro 5.16) vai produzir a separação entre as declarações normativas e as translações para situações exteriores, operações que se agrupavam ao nível do 1º factor. As caracterizações normativas (V.11) neste 3º factor (lado positivo) vão associar-se às declarações vivenciais, relativas ao próprio ou aos outros (V.6); às declarações de que uma ajuda ou terapêutica está a ser prestada pelos membros do grupo (V.18); às definições da posição dos outros na relação através de uma caracterização de atributos da sua personalidade ou elaboração, sob a forma de construção, de uma "identidade" dos outros; e às construções lógicas de dois níveis de dedução ou simples agregações de dados referenciais (V.2). Do lado oposto do eixo (negativo) associam-se às operações de translação para o exterior ou para o espaço de representação interna, a reorganização dos dados com distorções semânticas e mudanças semânticas globais lentas ou bruscas (V.19); as declarações que visam atribuir aos outros estados afectivos negativos, desvalorizações ou atitudes críticas e de rejeição dos membros do grupo em relação ao sujeito (V.8).

Nos dois modos de interacção, que correspondem

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.11-Decl.Normativas	11.07	V. 8-Afect.e Val.Alt.	3.39
V. 6-Decl.Vivenc.	10.36	Negat./Regei.Alt.	
V.18-Decl.Ajuda/ Terap./Diag.	6.12	V.19-Cont.Ext./Trans- lac/Reorg./"Drift" Sem.	3.15
V. 5-Posição Alter./ Alo-Constr.	5.05		
V. 2-Agreg./Constr. Limit.	3.06		

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 21	7.82	E 23	5.42
E 12	6.04	E 42	4.13
E 9	5.11	E 34	3.95
E 4	4.49	E 45	3.78
		E 32	3.61

QUADRO 5.16- SITUAÇÃO 4. FACTOR 3 (Taxa de Inércia-10,5%)

Amostra de ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES (N=50)

Análise Factorial das correspondências - 20 variáveis sociais

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

aos extremos do factor, há uma perda da capacidade referencial. No primeiro padrão, há uma identificação errónea dos atributos da situação simulada, cujo conteúdo é de acusação, como sendo de ajuda ou terapêutica. Este facto poderá talvez ser determinado por uma operação de rigidez trans-situacional. Os esquizofrênicos paranóides que se posicionam neste extremo do eixo têm ainda uma tendência maior do que os do extremo oposto, para o uso de caracterizações normativas, vivenciais e do nível da personalidade, quer do próprio quer dos outros. No padrão oposto o distanciamento da realidade é feito pela distorção ou pelas mudanças semânticas nos atributos e translação para situações externas, operações associadas a caracterizações afectivas e valorativas dos outros participantes na interacção.

O 4º factor, tal como verificámos nas situações anteriores (Quadro 5.17), vai corresponder no polo negativo aos doentes que simultaneamente fazem declarações de incapacidade para lidar com as situações (V.16) e formulam hipóteses alternativas não resolvidas, ou fazem operações limitativas às próprias intervenções (V.13). No outro extremo do eixo, polo positivo, associam-se as declarações de que existe no grupo uma intenção de ajuda ou fins terapêuticos (V.18); as declarações vivenciais (V.6); os comentários mistos, que incluem os dados parcelares de referência com os dados afectivos ou vivenciais, independentes da pergunta (V.20); as caracterizações afectivas e valorativas de natureza positiva ou a declaração da presença de uma atitude de cooperação da parte do próprio face ao grupo ou dos outros relativamente ao sujeito (V.7 e V.9). Os doentes que entram em correspondência com este lado do eixo, fazem identificações erradas dos atributos da situação simulada, no mesmo sentido do subgrupo de esquizofrênicos paranóides que se agrupava no lado positivo do 3º factor. Identificam a situação de acusação com uma situação da vida real hospitalar, isto é, como se a situação correspondesse a uma ajuda terapêutica. Têm ainda tendência para valorizar

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.20-Coment. Mist.	16.89	V.16-Incapacidade/ Decl. Impot.	7.27
V. 9-Afect.e Val.Prop Posit./Coop.Prop.	6.85	V.13-Decl.Altern./ Constr.Analog.	3.37
V. 7-Afect.e Val.Alt. Posit./Coop.Alt.	6.30		
V.18-Decl.Ajuda/ Terap./Diag.	3.47		

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 3	6.06	E 24	4.79
E 36	3.71	E 15	4.56
E 12	3.62	E 16	4.24
E 46	3.50	E 30	3.83
		E 31	3.61
		E 37	3.16

QUADRO 5.17-SITUAÇÃO 4. FACTOR 4 (Taxa de inércia-7,8%)

Amostra de ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES (N=50)

Análise Factorial das correspondências - 20 variáveis sociais

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

positivamente os outros intervenientes na situação, assumir uma atitude de cooperação positiva para com o grupo e para declarar que sentem afectos de natureza agradável, numa situação que está claramente saturada, do ponto de vista da posição dos outros, na dimensão afectiva negativa.

Em síntese, podemos interpretar estes 3º e 4º factores, em qualquer das situações sociais, como representando modos particulares e específicos de relação interpessoal, caracterizações de atributos parcelares da situação social simulada ou referidos às vivências pessoais, não verificáveis, do sujeito de experiência. Se considerarmos os extremos desta dimensão, podemos supor que ou a situação global e os seus atributos são transferidos para o plano da vida real (hospitalar, relação médico-doente) em ligação com aspectos concretos da experiência ou os dados são elaborados com profundas modificações da realidade.

Os factores de interacção social dos esquizofrénicos paranóides - SÍNTESE DOS RESULTADOS.

A análise factorial das correspondências da amostra de esquizofrénicos paranóides descritos por 20 categorias ou operações de identificação de atributos de relação interpessoal, permitiu descrever factores e padrões subjacentes à estrutura dos dados, muito provavelmente, "perfis" de interacção social.

Os dois padrões principais de categorias que se opõem ao nível do **1º Factor**, representam duas estratégias cognitivas de interacção social.

1. Um perfil que corresponde a uma estratégia para lidar com os atributos da realidade interpessoal que passaremos a denotar como **"modificadora da realidade"**. É caracterizada pela exploração complexa de hipóteses, altamente distorcidas e distanciadas da realidade, com mudança para situações exteriores ou intromissão de conteúdos externos à situação,

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

mudanças semânticas globais e reorganização idiossincráticas dos dados, uso de significantes "mediatos" que determinam o significado. Neste padrão distorcido, os esquizofrênicos paranóides incluem em todas as situações sociais, caracterizações normativas e declarações de hipóteses alternativas sem resolução da contradição ou operações de autolimitação dos conteúdos declarados.

Este perfil sofre alterações por enriquecimento desta estrutura básica, de acordo com a situação social que consideremos, como foi descrito no início desta análise factorial. No que diz respeito às caracterizações afectivas ou valorativas, os intervenientes na situação são sempre desvalorizados ou criticados pelo sujeito, a situação é rejeitada globalmente ou ainda, o sujeito atribui aos outros sentimentos ou emoções de carácter negativo. Estas caracterizações surgem, explicitamente, na primeira e terceira situações e estão muito provavelmente "encobertas" pelas caracterizações normativas na segunda e quarta situações. Os afectos e valorizações do próprio ou as atitudes de rejeição ou cooperação têm um carácter negativo na primeira situação social (desvalorização do próprio, rejeição de uma cooperação com os outros, ou expressão de afectos negativos); na segunda situação social invertem-se e assumem um carácter positivo ou de cooperação; e na terceira e quarta situações, os sujeitos exprimem simultaneamente sentimentos negativos e positivos numa "ambivalência" de atitude afectiva.

Os doentes que se posicionam neste perfil, justificam as dificuldades que sentem para formular as respostas às perguntas, pela invocação de experiências vividas ou pela existência de doença ou presença de sintomas, em todas as situações, excepto na segunda situação social. As declarações vivenciais em relação a si mesmo, ou atribuídas aos membros do grupo, próximas da referência, só são formuladas com significado estatístico para a formação do factor, na primeira situação social. No entanto, estão associadas ao perfil que se opõe ao que estamos a descrever e

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

que é caracterizado por uma tendência à redução dos atributos da realidade social. Na terceira e quarta situações, as experiências privadas do sujeito manifestam-se sob a forma de comentários mistos, de dados referenciais a dados vivenciais ou afectivos, associados às respostas e quase independentes da pergunta que foi formulada, isto é, com perda do elo referencial.

Os esquizofrénicos paranóides que se definem por esta estratégia, têm tendência a partir da terceira situação social para definirem a sua posição na relação ou, mais frequentemente, para elaborarem argumentos a partir dos quais constroem uma "identidade" pessoal. A construção da "identidade" dos outros intervenientes na situação ou a definição da sua posição na relação pessoal só é explicitamente utilizada na quarta situação social (situação de acusação e censura). Na terceira situação, em que é simulada a prestação de uma ajuda ao sujeito de experiência, há uma tendência no subgrupo de doentes, em correspondência com este perfil, para as declarações de que estão a ser objecto de ajuda por parte dos outros ou de que a situação tem fins terapêuticos ou de diagnóstico. Embora esta operação tenha como ponto de partida dados de referência, envolve a "identificação" da situação como se esta fosse real e está agrupada a outras categorias no perfil de interacção caracterizado por uma profunda modificação dos atributos da realidade. Podemos designar o "perfil" de interacção do subgrupo de doentes que são caracterizados por este padrão de variáveis sociais como "modificadores" da realidade.

2. Opondo-se a este perfil, surge uma outra estratégia de interacção social que denotamos como **"reductora da realidade"**, caracterizada pelas declarações sumárias ou holofrásticas, cujo conteúdo elementar pode exprimir a incapacidade sentida pelos sujeitos para lidar com a realidade, e que são fornecidas por estes com elevado grau de rigidez (quer no interior de cada interrupção quer nas mudanças de situação). Este perfil, que vai caracterizar um outro

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

subgrupo de esquizofrénicos paranóides, mantem-se com estabilidade ao longo das quatro situações sociais. Verifica-se apenas que, na primeira situação, se associam também as declarações referidas à experiência privada do sujeito. Podemos considerar este padrão, relativamente ao anterior, como correspondendo um perfil essencialmente definido por uma estratégia de limitação da identificação e da construção elaborada de hipóteses a partir de atributos da relação interpessoal. Os esquizofrénicos paranóides que correspondem a este perfil de interacção podem ser designados como "redutores" da realidade.

Podemos supor, que existe nesta amostra, uma tendência geral dos esquizofrénicos paranóides para se diferenciarem em dois subgrupos, em correspondência com estes dois padrões opostos de relação interpessoal. Existe ainda um terceiro agrupamento de doentes que, em qualquer das situações sociais que consideremos, se situam na zona central dos primeiros factores. Ocupam uma posição intermédia, constituindo como um "ponto de equilíbrio" entre as duas estratégias opostas de interacção.

Subjacentes a estes perfis, ao nível dos 2º, 3º e 4º factores, observamos a formação de outros padrões de interacção, de âmbito mais restrito em relação à explicação da variância total de amostra de esquizofrénicos, ou mesmo específicos de uma determinada categoria de relação interpessoal.

Ao nível do **2º factor**, evidencia-se, uma nova oposição de estratégias que correspondem a diferentes graus de perda de ligação ao referencial:

- O reaparecimento da estratégia "modificadora" da realidade, caracterizada sobretudo pela categoria "Translac" que se projecta isoladamente no 2º plano factorial, em associação a algumas operações (em conjunto com as quais estava incluída no 1º factor) ou agrupada a categorias que no 1º factor pertenciam

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

ao padrão "reductor". Esta última hipótese, surge na primeira situação em que a categoria "Translac" se agrupa em simultâneo com as declarações de incapacidade para as respostas. Em relação ao polo oposto, esta estratégia corresponde, em geral, a um maior grau de modificação do referencial.

-A estratégia oposta define-se pelo predomínio de caracterizações afectivas, valorativas, normativas ou da posição do próprio na relação interpessoal; declarações vivenciais do próprio ou dos outros; e comentários complexos, exteriores à pergunta, conjugados com identificações de dados parcelares de referência.

O 3º e 4º factores vão caracterizar modos particulares de relação interpessoal:

- interacções específicas relativas às caracterizações afectivas ou valorativas do próprio ou dos outros, mais ou menos desligadas dos dados referenciais;

- operações de incapacidade declarada dum modo não holofrástico e não rígido, associadas a operações de autocontradição ou de limitação na extensão dos conteúdos afirmados (subinclusividade);

- identificações erróneas, distanciadas da realidade da situação simulada, de que existem atributos com conteúdos de ajuda, fins terapêuticos ou de diagnóstico nas primeira, segunda e quarta situações sociais, operações que possivelmente correspondem a uma identificação de atributos parcelares mas incluídos no contexto concreto em que decorre a experiência, posteriormente transpostos para o plano da própria vida real do doente ou ainda a um factor de rigidez transsituacional.

De entre as 20 categorias de interacção que descrevem a relação interpessoal dos esquizofrénicos paranóides num grupo social restrito, verificámos que existem duas operações de identificação de dados que praticamente não contribuem para a formação dos

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

factores: - o uso de dados de referência sob a forma proposicional ou predicativa (V.1), categoria significativa apenas no 3º factor da terceira situação social, associada às declarações de incapacidade, constituída, com elevada probabilidade, por referências de grau elementar. Igualmente, é pouco significativa a atribuição aos outros membros do grupo de declarações afectivas ou valorativas com carácter positivo ou ainda de atitudes de cooperação dos membros do grupo para com o próprio (V.7), categoria que só surge no 4º factor da quarta situação social como uma caracterização paradoxal em relação aos atributos desta situação. Efectivamente, na quarta situação a dimensão afectiva ou valorativa dos outros, em relação ao sujeito de experiência, tem um carácter predominantemente negativo e está contida nas críticas e censuras que lhe são dirigidas pelos membros do grupo e que atingem o nível da agressividade verbal. Este aspecto revela mais uma vez uma perda da capacidade de identificação referencial destes doentes e ainda a tentativa de auto-afirmação dos sujeitos através da inversão dos conteúdos incluídos nos atributos da realidade actual, isto é, da situação social simulada.

RELAÇÃO ENTRE AS CATEGORIAS DE INTERACÇÃO SOCIAL E AS VARIÁVEIS PSICOPATOLÓGICAS CONDENSADAS -AMDP

Os sintomas psicopatológicos foram quantificados através das escalas AMDP IV e V cujos itens foram condensados em 20 variáveis psicopatológicas, como descrevemos no capítulo anterior. Obtivemos, então, uma matriz de 50 sujeitos por 40 variáveis, que pôde ser submetida aos métodos de análise factorial das correspondências aplicados à matriz anterior (50x20), assim como ao método de análise dos componentes principais.

Colocaram-se alguns problemas metodológicos na

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

descrição vectorial dos sujeitos. As variáveis clínicas (sintomas) e as variáveis sociais (categorias) têm uma natureza que à-priori é radicalmente distinta. O preenchimento das escalas clínicas torna as primeiras artificialmente estáveis e fixas, elimina as variações que sofrem no tempo ou com o contexto em que os sujeitos estão situados. As segundas, pelo contrário, sofrem variações de ocorrência quando se modificam as circunstâncias ou contextos bem determinados (as situações sociais) e são também variantes na sucessão dos momentos de registo. Podemos considerar, que embora medidos no tempo, os dados sociais são sincrónicos enquanto que os sintomas são dados diacrónicos que se exprimem numa outra escala temporal. O processo de quantificação dos sintomas, não só coloca ao mesmo nível fenómenos com ocorrências temporais muito diversas (no registo dos 30 dias que precedem a observação), como conduz ainda à reunião em classes de equivalência de fenómenos psicopatológicos de diferente natureza. Apesar destas limitações para considerar em conjunto os dois tipos de variáveis, optámos pela utilização de um vector de descrição de cada sujeito formado pelas 20 categorias sociais e pelos 20 sintomas clínicos, que permitisse verificar a possível relação factorial entre os dois tipos de variáveis, ou seja, entre eventuais padrões deduzidos da análise qualitativa dos agrupamentos formados.

Pode observar-se no Quadro 5.33 a frequência e intensidade com que as 20 variáveis psicopatológicas condensadas foram codificadas na amostra de esquizofrénicos paranóides. Verifica-se que certos fenómenos têm uma frequência inferior a 10%, tão reduzida que torna pouca rigorosa a sua inclusão na análise factorial. Pelo facto de surgirem apenas em alguns doentes e estarem ausentes na maioria iriam contribuir tão significativamente para a formação de alguns factores assim se tornariam específicos dessas variáveis ou sujeitos. Ficaria deste modo reduzida a possibilidade de obtenção de factores mais gerais. Iremos, por esse motivo, considerar essas variáveis

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

clínicas como elementos suplementares para a análise e embora mantenham uma representação gráfica e surjam nos quadros, na posição factorial que ocupariam com a respectiva percentagem de contribuição, não iremos considerá-las na análise e discussão dos resultados. Esta opção está também legitimada em razões de ordem clínica. A sua natureza é a das manifestações ligadas, em geral, às perturbações somáticas ou vegetativas - relativamente menos importantes na expressão sintomática da esquizofrenia. Estas variáveis clínicas são as seguintes: "falsos fenómenos sensoriais não necessariamente psicóticos" (V.30, F=2%), "perturbações somato-sensoriais funcionais" (V.40, F=2%), "perturbações vegetativas da angústia e depressão" (V.39, F=6%) e "alterações dos impulsos e motivações básicas" (V.38, F=10%). Um outro tipo de sintomas que não se registaram nesta amostra de esquizofrénicos paranóides, correspondeu às perturbações da consciência- "alterações da consciência de base orgânica ou funcional" (V.21 e V.22, F=0).

Nas análises factoriais das correspondências, aplicadas aos dados de relação interpessoal e clínicos das 4 situações sociais, os quatro primeiros factores explicam uma elevada taxa de inércia em relação à variância total do sistema: 54.9% na primeira situação social 57,3% na segunda situação social ; 58,9% na terceira situação social ; e 59.4% na quarta situação social. A percentagem explicada por estes primeiros factores, em cada uma das situações sociais, pode ser observada na Tabela seguinte:

Tabela de % de variância explicada pelos 4 primeiros factores

Situação Social	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4
1	35.0%	8.1%	6.2%	5.6%
2	36.9%	7.7%	7.3%	5.4%
3	32.1%	10.5%	8.6%	7.7%
4	32.1%	11.5%	8.9%	6.9%

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Primeiro Factor ou Primeiro Eixo Factorial

Numa primeira observação dos agrupamentos formados nos 1^{os} factores, no conjunto das quatro situações sociais, verificamos que no plano das categorias sociais há uma manutenção ou estabilidade dos "perfis" ou estratégias de interacção social que se tinham produzido nas análises factoriais anteriores feitas apenas com as categorias sociais. No plano dos sujeitos esquizofrénicos paranóides, comparando estas análises factoriais com as anteriores, constatamos que, em qualquer das quatro situações sociais, há uma sobreposição completa dos doentes que vão corresponder aos agrupamentos de variáveis sociais. Por conseguinte, como iremos verificar, as variáveis formadas pelos sintomas psicopatológicos condensados, vão surgir com alguma percentagem de contribuição, para os dois extremos do 1^o factor, mas a sua presença não modifica a estrutura básica dos padrões da relação interpessoal que foram já descritos.

1^a Situação Social

Podemos observar no Gráfico V.5, do lado negativo, um conjunto de categorias de relação interpessoal com um padrão idêntico ao que surgira no mesmo factor da análise factorial anterior. Este padrão é formado pelas operações de exploração complexa de hipóteses distorcidas e distanciadas da realidade, translação para situações exteriores, modificações semânticas nos atributos, reorganizações idiossincráticas nos dados, uso de significantes "mediatos" para a significação, declarações de hipóteses alternativas ou operações de autocontradição e de autolimitação das declarações que vão sendo produzidas pelo próprio sujeito, justificação das

5.67

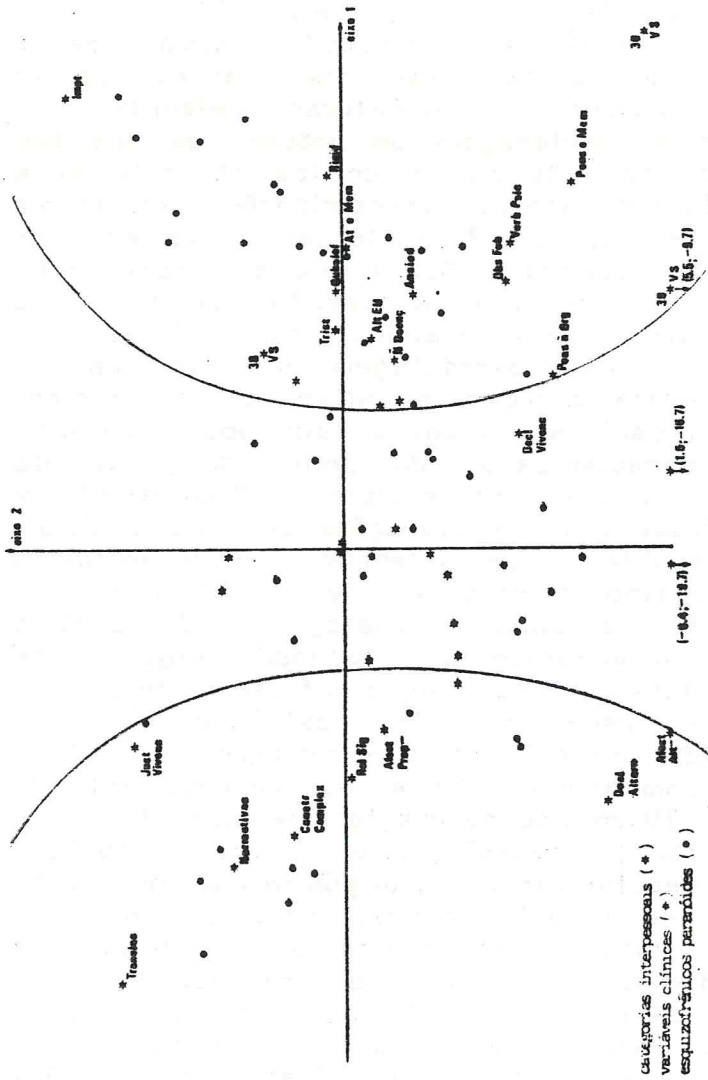


Gráfico V.5 – Análise Factorial das Correspondências. Plano (1,2). 1ª SITUAÇÃO SOCIAL. Esquizofrênicos Paranoídes (N=50) descritos pelas 20 categorias de relação interpessoal e pelas 20 variáveis clínicas condensadas (AMDP).

dificuldades nas respostas pela invocação de argumentos de natureza vivencial, existência de doença ou presença de sintomas, uso de caracterizações afectivas com carácter negativo, atitudes de rejeição e crítica face ao sujeito atribuídas por ele aos outros participantes na interacção, desvalorização dos membros do grupo, uso de caracterizações afectivas ou valorativas negativas referidas ao próprio sujeito ou declarações do próprio de que tem uma atitude de rejeição ou de crítica em relação à situação, ainda pelo uso de caracterizações normativas (variáveis 3, 19, 12, 13, 17, 8, 10, e 11, percentagem de contribuição - Quadro 5.18). A este agrupamento de categorias- que corresponde ao padrão que definimos como uma estratégia "modificadora" da realidade - não se associa, com percentagem significativa de contribuição, neste extremo negativo do 1º factor, nenhum sintoma psicopatológico. O lado oposto do eixo (positivo) é caracterizado, do ponto de vista da interacção social, por uma estratégia "reduzora" em relação à realidade, com declarações de incapacidade, operações de rigidez ou manutenção das respostas e declarações de tipo holofrástico (V.16, 15 e 14). A estas operações (agrupamento análogo ao da análise anterior) vão associar-se um extenso conjunto de variáveis sintomáticas, ou seja: falsos fenómenos sensoriais não necessariamente psicóticos (V.30), perturbações da memória e do pensamento (V.24), alterações da comunicação verbal ou comportamento de grau psicótico (V.36), perturbações da atenção e da memória (V.23), obsessões e fobias (V.28), perturbações vegetativas da angústia e depressão (V.39), ansiedade (V.32), tristeza (V.31), alterações do Eu (V.27), alterações dos impulsos e motivações básicas (V.38) e condutas que implicam o não reconhecimento da doença (V.37). Com uma percentagem de contribuição menos elevada, ainda se situam deste lado do eixo as variáveis sintomáticas: perturbações não organizadas do pensamento (V.25), perturbações organizadas do pensamento e da vivência (V.26), disforias de grau elementar ou organizado (V.34) e

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

perturbações psicóticas da percepção (V.29).

Podemos concluir que este primeiro factor extraído da matriz de dados sociais e clínicos da primeira situação social, vai produzir uma separação, por um lado entre um conjunto de sintomas psicopatológicos associados às operações de "redução da realidade" e por outro, um conjunto de categorias de relação interpessoal que se constituem no padrão "modificador da realidade". Pode, no entanto, observar-se que os sintomas psicopatológicos que têm uma maior contribuição para o polo positivo do factor não estão próximos na representação espacial da projecção das categorias de relação interpessoal (Gráfico V.5). Verificamos pela inspecção do gráfico que a maior parte dos sintomas tem uma representação espacial no quadrante inferior direito definido pelo lado positivo do 1º factor e lado negativo do 2º factor, enquanto que as categorias interpessoais -"rigidez" e "incapacidade declarada"- estão representadas isoladamente junto ao eixo positivo ou no quadrante superior direito. Constitui uma excepção, as operações holofrásticas que têm uma representação próxima das variáveis sintomáticas que exprimem as perturbações da memória e do pensamento e as alterações do humor, no sentido da tristeza.

Em síntese, podemos afirmar que, de um modo geral, este 1º factor separa essencialmente os dois tipos de variáveis, os dados clínicos e as categorias sociais.

A partir da identificação dos doentes que se posicionam num e no outro extremo e zona central do eixo, podemos voltar aos dados clínicos de base e analisar as características clínicas dos esquizofrénicos paranóides que se separam em cada subgrupo.

Considerando o perfil clínico (registado na escala AMDP condensada em 20 variáveis clínicas) verificámos que os dois subgrupos de doentes, que vão surgir em oposição factorial, têm importantes analogias no perfil sintomatológico médio. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (para valores de p maiores que

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.30-Falsos Fen.Sens.Não Nec.Psicót	11.87	V.19-Cont.Ext./Translac/Reorg./	
V.16-Incapacidade/Decl. Impo.	9.62	"Drift" Sem.	9.28
V.15-Rigid.	7.98	V.11-Decl. Normativas	6.78
V.24-Pert.de Memor e Pens.Não		V. 3-Constr. Complex./Explor. Hip.	6.17
Psicót.	7.70	V.13-Decl. Altern./Constr. Analog.	5.49
V.36-Alt.de Comunic.Verbal ou Com-		V.12-Acentuações/Aor g-/Signif.	
port. de Grau Psicót.	6.58	Relat.	4.92
V.23-Pert. de Memor. e Atenção	6.31	V.17-Just. Vivenc./Doença/Decl.	
V.28-Obsessões e Fobias	5.71	Sint.	4.22
V.39-Pert.Veget. da Angústia	5.53	V. 8-Afect.e Val. Alt. Negat./Rejei.	
V.32-Ansiedade	5.45	Alt.	4.05
V.14-Holof/Quholof	5.43	V.10-Afect.e Val.Prop.Negat./Rejei.	
V.31-Tristeza	4.60	Prop.	3.92
V.27-Alt. do Eu	4.40		
V.38-Alt.dos Impuls.eMot.Básicos	4.11		
V.37-Conduas que Implicam o não			
Reconhecimento da Doença	4.05		
V.25-Alt.do Pensamento não Org.	3.79		
V.26-Alt.do Pens.e Vivencia Org.	3.52		
V.34-Disforias de Grau Elem.ou Org.	3.18		
V.29-Alt.Psicót.de Percepção	3.00		

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 19	9.68	E 47	8.69
E 40	9.17	E 21	7.57
E 20	8.76	E 32	7.06
E 4	8.67	E 50	6.94
E 6	7.74	E 25	6.89
E 41	7.63	E 10	6.42
E 43	7.18	E 39	4.26
E 13	6.63	E 35	4.13
E 37	6.54	E 34	3.76
E 31	6.50	E 45	3.54
E 2	6.49		
E 38	6.45		
E 24	6.38		
E 7	6.37		
E 14	6.14		
E 9	5.04		
E 5	4.94		
E 26	4.40		
E 33	4.19		
E 46	3.71		
E 22	3.09		

QUADRO 5.18-SITUAÇÃO 1. FACTOR 1 (Taxa de inércia - 35,0%)

Amostra de ESQUIZOFRENICOS PARANÓIDES (N=50)

Análise Factorial das correspondências - 40 variáveis (20 v.sociais e 20 v. sintomáticas AMOP-IV)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

0,05-teste de Mann-Whytnney), em relação a algumas das variáveis sintomáticas relevantes para se afirmar, com elevado grau de certeza, a presença de uma psicose e, em geral, considerados de entre as mais frequentes na esquizofrenia (Gráfico V.6): perturbações não organizadas do pensamento (V.25) e perturbações organizadas do pensamento e da vivência (V.26). O mesmo facto (diferença não significativa entre os dois grupos) verifica-se em relação à variável condensada - "disforias de grau elementar ou organizado" (V.34). Por outro lado, uma diferença estatisticamente significativa, foi observada entre os dois subgrupos (para p menor que 0,05), no que diz respeito a outras variáveis clínicas condensadas.

a) Os doentes, cujo perfil de interacção social é "reductor" da realidade, têm valores significativamente mais elevados nos seguintes sintomas condensados: "condutas que implicam o não reconhecimento de doença", "alterações do Eu", "perturbações da atenção e da memória", "perturbações da memória e do pensamento", "perturbações psicóticas da percepção", "tristeza", e "ansiedade" (gráfico V.6-Variáveis: V.37, V.27, V.23, V.24, V.29 V.31 e V.32). Neste grupo de doentes, surgem outras variáveis clínicas, com valores médios mais elevados do que no grupo cujo padrão de interacção é o oposto, mas com uma diferença estatisticamente menos significativa (valor da probabilidade de erro, próxima do limiar fixado-0,05). São os seguintes: "obsessões e fobias" e "alterações da comunicação verbal ou comportamento de grau psicótico" (V.28 e V.36).

b) É significativamente mais elevado no perfil dos doentes "modificadores" da realidade, o valor médio que assume a variável "instabilidade afectiva de grau elementar ou organizado" (V.35).

Comparando estes resultados com o quadro das percentagens de contribuição ao 1º factor e com o Gráfico V.5, verificamos que as três categorias sociais que definem o perfil "reductor" (declarações de incapacidade, rigidez e resposta sumárias ou holofrásticas) associam-se efectivamente às variáveis clínicas

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

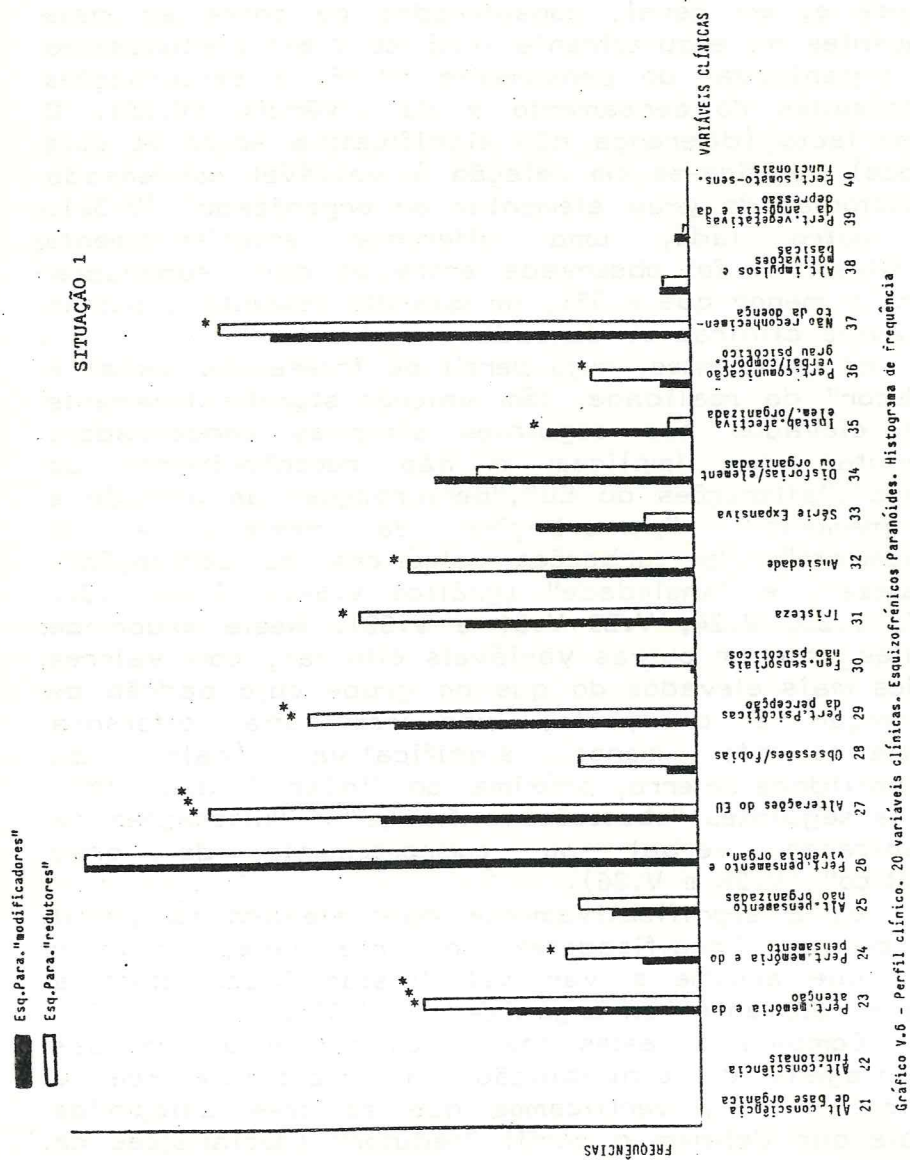


Gráfico V.6 - Perfil clínico. 20 variáveis clínicas. Esquizofrênicos Paranoídes. Histograma de frequência

sintomáticas cujo valor é significativamente diferente nos dois subgrupos de doentes que se colocam nos extremos do eixo. Entre as variáveis sintomáticas, cuja percentagem de contribuição ao factor é inferior a 4.05 as "perturbações não organizadas do pensamento" (V.25), "perturbações organizadas do pensamento e da vivência" (V.26), "disforias de grau elementar ou organizado" (V.34) não diferenciam os dois grupos de esquizofrénicos paranóides e, embora se situem, do lado positivo do 1º factor, não correspondem especificamente aos doentes que têm um perfil de interacção pessoal "reductor da realidade".

Nesta primeira situação social verificamos que há sintomas que têm uma contribuição elevada para o factor, mas cuja frequência é tão reduzida nesta amostra que não os tomaremos em consideração para a caracterização dos perfis clínicos (sintomas V.30, V.39 e V.38).

2ª Situação Social

As categorias sociais distribuem-se nos dois extremos do eixo dum modo análogo ao que se tinha verificado na análise factorial feita apenas com os fenómenos de relação interpessoal. Os dois perfis ou estratégias da interacção social (quadro 5.19) mantêm-se invariantes.

A associação das variáveis psicopatológicas às categorias sociais dá-se no extremo positivo do eixo entre as categorias: declarações de incapacidade (V.16), rigidez (V.15) e declarações de tipo holofrástico (V.14); e os sintomas psicopatológicos (com frequência superior a 10% da amostra total): "perturbações da memória e do pensamento" (V.24), "perturbações da atenção e da memória de grau não psicótico" (V.23), "alterações da comunicação verbal ou comportamento de grau psicótico" (V.36), "obsessões e fobias" (V.28), "ansiedade" (V.32), "alterações do Eu" (V.27) e "tristeza" (V.31). No lado negativo do

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIAVEIS	% de contrib	VARIAVEIS	% de contrib
V.19-Cont. Ext./Translac/Reorg./"Drift" Sem.	10.51	V.30-Falsos Fen. Sens. não Nec. Psicót.	8.72
V.11-Decl. Normativas	7.46		
V.12-Acentuações/Aorg./Signif./Relat.	5.58	V.24-Pert.de Memor.e Pens.não Psicót.	6.64
V.13-Decl. Altern./Constr.Analog.	5.56	V.16-Incapacidade/Decl. Impot.	6.18
V. 3-Constr. Complex./Explor.Hip.	4.82	V.15-Rigid.	6.06
V. 9-Afect. e Val. Prop.Posit./Coop. Prop.	4.65	V.23-Pert. da Memor. e Atenção	5.88
V.40-Sint. Somato-Sens. de Ansiedade	4.34	V.39-Pert. Veget. da Angústia	4.54
V.33-Série Expansiva	3.82	V.36-Alt. de Comunic. Verbal ou Comport. de Grau Psicót.	4.54
V.35-Inst.Afectiva de Grau Elem. ou Org.	3.79	V.28-Obsessões e Fobias	4.38
V. 4-Posição Prop./Just. Pers./Auto-constr.	3.73	V.32-Ansiedade	3.94
		V.14-Holof/Quholof.	3.87
		V.27-Alt. de Eu	3.61
		V.31-Tristeza	3.05

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 47	10.24	E 20	7.38
E 32	8.80	E 4	6.87
E 50	7.76	E 14	6.84
E 10	6.69	E 40	6.54
E 21	6.15	E 26	6.19
E 39	5.32	E 27	6.05
E 25	5.21	E 37	6.00
E 28	5.12	E 17	5.77
E 11	5.08	E 6	5.49
E 36	4.38	E 9	5.26
E 8	4.07	E 24	5.12
E 1	3.56	E 41	4.93
		E 38	4.57
		E 7	4.28
		E 19	3.96
		E 2	3.92
		E 48	3.70
		E 43	3.37
		E 18	3.16

QUADRO 5.19-SITUAÇÃO 2. FACTOR 1 (Taxa de inércia - 36,9%)

Amostra de ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES (N=50)

Análise Factorial das correspondências - 40 variáveis

(20 v. sociais e 20 v. sintomáticas AMDP-IV)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

eixo onde se posicionam os doentes com "perfil" de interacção mais distorcido e distanciado da realidade, associam-se às categorias deste padrão, os sintomas: "série expansiva" (V.33) e "instabilidade afectiva de grau elementar ou organizado" (V.35) (Gráfico V.7). As oposições que observámos no 1º factor da segunda situação social não são substancialmente diferentes das verificadas na situação anterior. Continua a observar-se uma separação relativa entre a maior parte das categorias de relação interpessoal por um lado, e as variáveis clínicas condensadas por outro.

O perfil clínico médio destes doentes quantificado pela escala AMDP (gráfico V.8) vem confirmar algumas diferenças clínicas entre dois agrupamentos de esquizofrénicos paranóides. Os dois grupos de doentes, tal como se tinha verificado na situação anterior, não se diferenciam significativamente nos sintomas que correspondem às "alterações não organizadas do pensamento" (V.25), variável sintomática que foi codificada na amostra total de esquizofrénicos paranóides, sobretudo à custa dos seguintes itens do AMDP IV- pensamento bloqueado, pensamento incoerente e neologismos- nas "perturbações organizadas das vivências e do conteúdo do pensamento"- vivências e ideias delirantes -(V.26).

Os dois subgrupos vão diferenciar-se, do ponto de vista clínico quantitativo, com significância estatística do seguinte modo:

a) Os esquizofrénicos paranóides cujo padrão de interacção é "redutor" da realidade têm, em relação aos que estão em oposição factorial, um maior número e intensidade (diferença estatisticamente significativa para p menor que 0,001) de sintomas relativos às dificuldades de fixação, retenção e evocação dos dados disponíveis (V.23). Manifesta-se também com mais intensidade ou frequência, neste grupo de doentes, a variável que envolve a existência de uma recusa ao tratamento ou a ausência do sentimento de estar doente (V.37). No mesmo sentido e perto do limiar da probabilidade de erro escolhida ($p=0,05$), há diferenças entre os dois grupos no que diz respeito aos seguintes

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

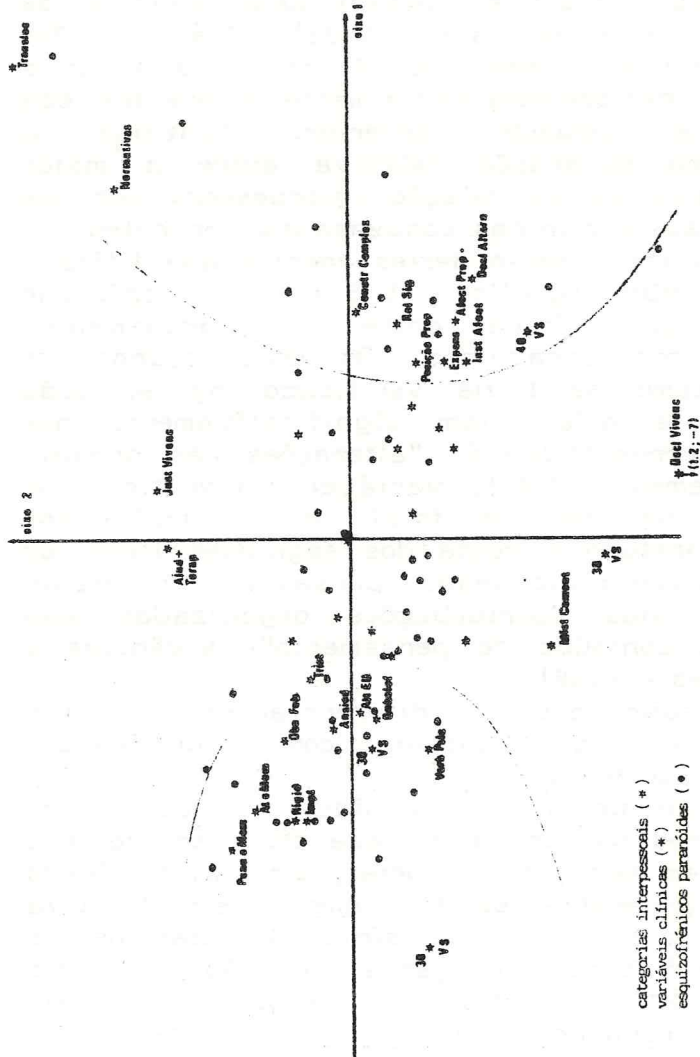


Gráfico V.7 - Análise Factorial das Correspondências. Plano (1,2). 2ª SITUAÇÃO SOCIAL. Esquizofrênicos Paranóides (N=50) descritos pelas 20 categorias de relação interpessoal e pelas 20 variáveis clínicas condensadas (AMDP).

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

SITUAÇÃO 2

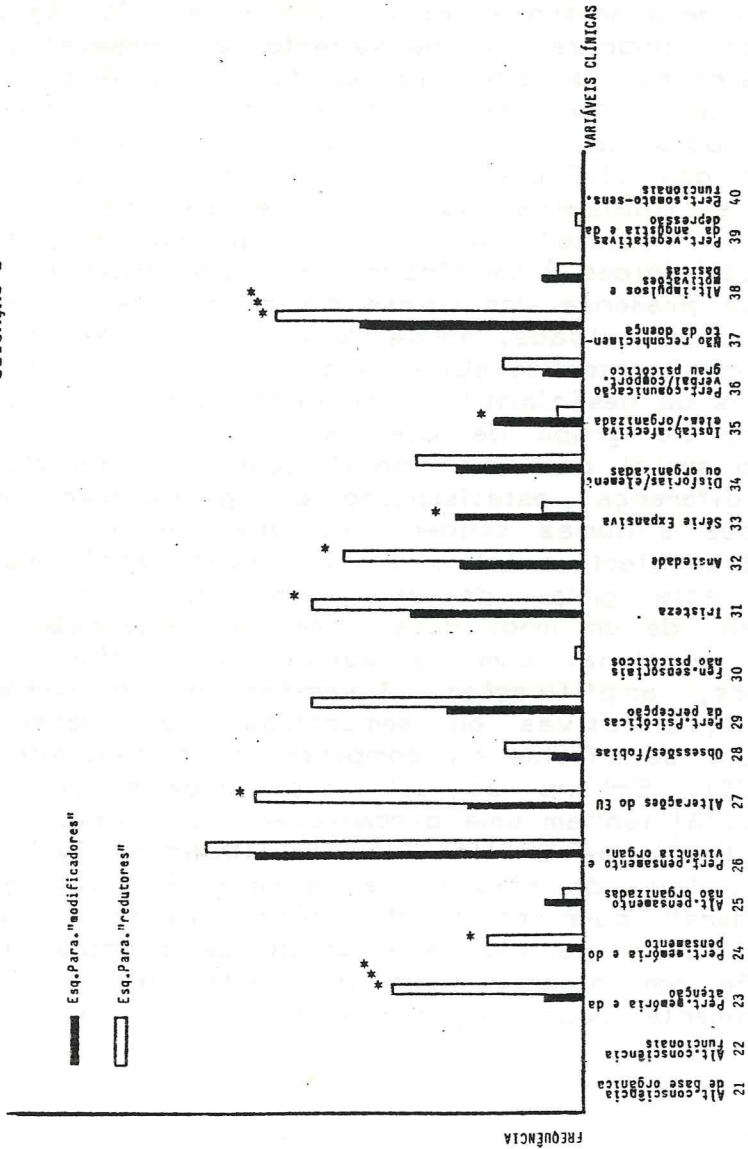


Gráfico V.8 - Perfil clínico. 20 variáveis clínicas. Esquizofrênicon Paranoídes. Histograma de frequência

sintomas: "perturbações da memória e do pensamento"(V.24) que na amostra em estudo é uma variável codificada pela presença de: inibição e lentificação do pensamento, pobreza de pensamento e perseveração verbal, sintomas de tipo ansioso (V.32), variável que foi codificada com maior relevância nos itens: ansiedade psíquica, tensão ansiosa e ansiedade social, alterações das vivências ligadas às perturbações do Eu(V.27) e finalmente aos sintomas englobados na designação "tristeza" que no conjunto dos esquizofrénicos paranóides é codificado com maior intensidade através da presença dos itens: diminuição de energia ou baixa de actividade, perda do gosto de viver, pessimismo, sentimentos de auto-desvalor, rigidez afectiva e vivências de desânimo(V.31) (gráfico V.8).

b) No grupo de doentes que se define na interacção social por uma "modificação" da realidade há uma diferença, estatisticamente significativa, em relação aos sintomas condensados que envolvem uma instabilidade afectiva (elementar ou organizada), mais marcada neste grupo de esquizofrénicos e que se caracteriza, de um modo geral, por uma alteração na dimensão relacional com os outros no sentido das acentuações, amplificações, inversões ou distorções afectivas (valorativas ou semânticas) com possível coexistência de afectos ou comportamentos contraditórios (V.35). Embora as alterações expansivas dos afectos (V.33) tenham uma percentagem de contribuição acima do limiar na análise factorial (Quadro 5.19), e quer do lado do eixo correspondente à estratégia "modificadora" quer no perfil clínico médio o seu valor seja mais elevado neste grupo de doentes, em comparação com o grupo anterior, esta diferença é estatisticamente pouco significativa (valor perto do limiar de erro).

3ª Situação Social

Os resultados da análise factorial têm elevada

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.19-Cont.Ext./Translac/Reorg./"Drift" Sem.	12.24	V.24-Pert. de Memor.e Pens. não Psicót.	8.23
V.11-Decl. Normativas	7.36	V.30-Falsos Fen.Sens. não Nec. Psicót.	7.93
V.20-Coment. Mixt.	6.45	V.15-Rigid.	5.72
V.12-Acentuações/Aorg./Signif.Relat	5.98	V.23-Pert. da Memor. e Atenção	5.60
V.13-Decl.Altern./Constr.Analog.	5.74	V.16-Incapacidade/Decl. Impot.	5.48
V. 3-Constr.Complex./Explor.Hip.	5.22	V.36-Alt.da Comunic. Verbal ou Comport. de Grau Psicót.	5.16
V.40-Sinto.Somato-Sens.da Ansiedade	5.09	V.28-Obsessões e Fobias	4.07
V.33-Série Expansiva	4.60	V.32-Ansiedade	3.57
V. 8-Afect. e Val.Alt.Negat.Rejei. Alt.	4.38	V.25-Alt. do Pensamento não Org.	3.06
V.17-Just.Vivenc./Doença/Decl.Sint.	4.24		
V.10-Afect. e Val. Prop. Negat./Rejei. Prop.	3.97		
V.35-Inst.Afectiva de Grau Elem. ou Org.	3.64		
V.18-Decl. Ajuda/Terap./Diag.	3.57		
V. 9-Afect. e Val.Prop. Posit./Coop. Prop.	3.54		
V. 2-Agreg./Constr. Limit.	3.53		
V. 4-Posição Prop./Just. Pers./Auto-Constr.	3.34		

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 47	12.22	E 41	6.86
E 32	8.96	E 27	6.66
E 25	5.99	E 13	6.54
E 45	5.52	E 26	6.54
E 50	5.34	E 40	6.02
E 10	5.22	E 9	5.76
E 42	5.17	E 2	5.40
E 11	5.11	E 19	5.29
E 28	4.91	E 14	5.19
E 39	4.78	E 17	4.98
E 36	4.48	E 38	4.62
E 21	4.04	E 24	4.54
E 8	3.54	E 7	3.92
		E 37	3.88
		E 43	3.77
		E 4	3.70
		E 48	3.51
		E 20	3.46

QUADRO 5.20-SITUAÇÃO 3. FACTOR 1 (taxa de inércia - 32,1%)

Amostra de ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES (N=50)

Análise Factorial das correspondências - 40 variáveis

(20 v. sociais e 20 v. sintomáticas ANDP-IV)

analogia com os que tinham sido obtidos nas situações anteriores. Este facto era previsível, dada a estabilidade que se tem observado nos perfis de interacção social. Do lado negativo (Quadro 5.20) associadas às declarações de incapacidade, à operação de rigidez ou de manutenção das respostas e às declarações holofrásticas (cuja contribuição está no limiar) estão seguintes variáveis sintomatológicas (cuja frequência é superior ou igual ao limiar que fixámos): "perturbações da memória e do pensamento" (V.24), "perturbações da atenção e da memória" (V.23), "alterações da comunicação verbal e comportamento de grau psicótico" (V.36), "obsessões e fobias" (V.28), "ansiedade" (V.32) e "alterações do pensamento não organizado" (V.25). Ao perfil "modificador", cuja composição é semelhante ao da análise anteriormente feita, associam-se as variáveis sintomatológicas: "série expansiva" (V.33) e "instabilidade afectiva de grau elementar ou organizado" (V.35).

Torna a verificar-se no 1º factor da terceira situação social a separação relativa entre a maior parte das categorias de relação interpessoal e as variáveis psicopatológicas. Estes agrupamentos podem ser observados no Gráfico V.9.

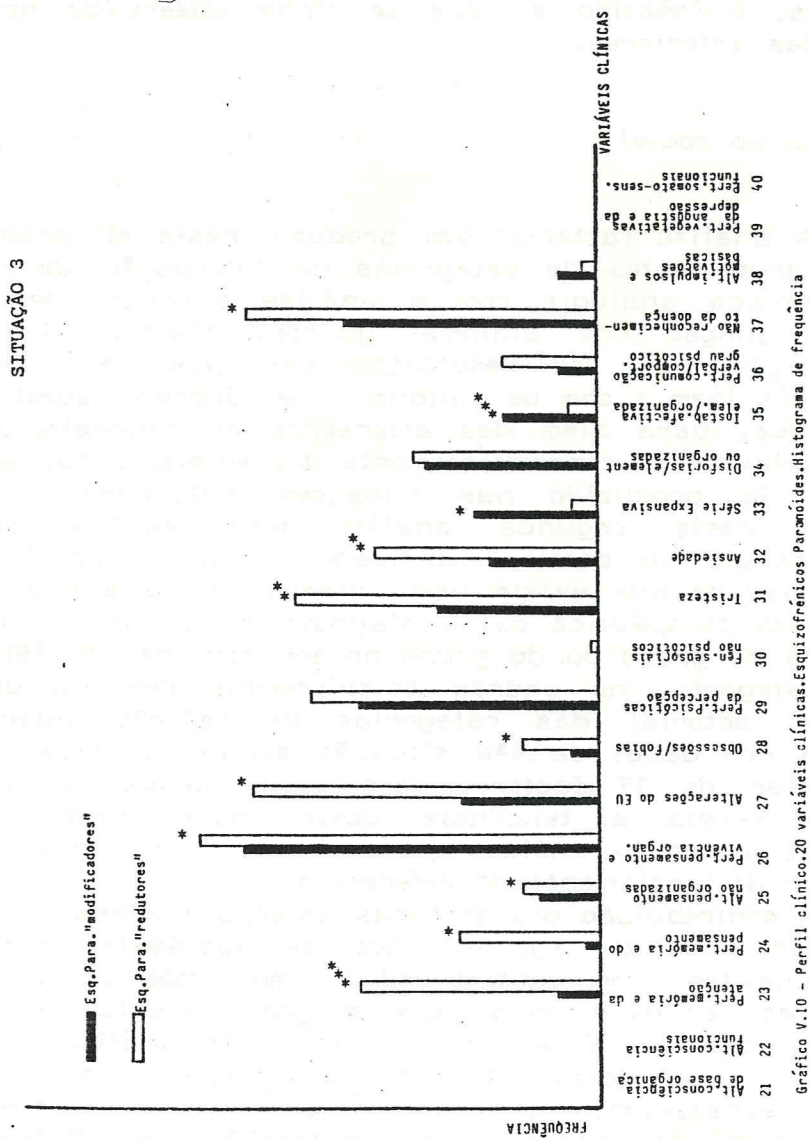
O estudo clínico dos doentes que se posicionam nos dois extremos do eixo 1, considerando o valor médio de cada variável sintomatológica condensada (Gráfico V.10), revela que existe também uma estabilidade no perfil psicopatológico médio em relação às situações anteriores, como também era de esperar.

a) Os doentes que correspondem ao perfil "reduzidor" ou limitativo da realidade, manifestam na comparação com os que se definem pelo perfil oposto, um conjunto de sintomas com intensidade significativamente mais elevada: perturbações das funções cognitivas de tipo operacional (atenção, memória), redução do curso e dos conteúdos ideativos e ainda perturbações de carácter ansioso. Verifica-se também nestes doentes, um valor mais elevado nas variáveis relativas às alterações da vivência do Eu, às perturbações dos afectos e valorizações com carácter

negativo e à tristeza - variável codificada nesta subamostra à custa dos itens da escala que se referem ao abaixamento da "energia" e da actividade e ao desânimo- (Gráfico V.10 , variáveis- V.23, V.24, V.32, V.27 e V.31).

b) Os doentes cuja estratégia de interacção é de tipo distorcido e distanciado têm, em comparação com o grupo anterior, uma intensidade significativamente mais elevada de sintomas que se manifestam pela co-existência, mais ou menos estruturada de afectos contraditórios, desadequações afectivas, labilidade e amplificação da expressão emocional (V.35). Os afectos e comportamento expansivos (V.33) estão no plano factorial associados às categorias de interacção deste padrão "modificador", com uma percentagem de contribuição acima do limiar (extremo positivo do eixo, Quadro 5.20). No entanto, a comparação entre a distribuição desta variável nas duas amostras de doentes posicionados nos extremos- negativo e positivo- do factor, não é estatisticamente muito significativa (gráfico V.10) , $p=0,05$). Este exemplo é paradigmático do facto seguinte: quando um sintoma surge associado a um certo agrupamento de categorias sociais no plano factorial, pode ter um de dois significados: o sintoma é pouco frequente no conjunto dos doentes mas foi quantificado precisamente nos que fazem parte desse agrupamento (independentemente do grau de intensidade com que se manifesta) ou o sintoma é frequente na amostra total, mas manifesta-se com uma variação regular e equivalente num certo conjunto de sujeitos que se associam nos extremos do eixo, tomando assim o carácter de perfil característico. A impossibilidade de decisão sobre qual das duas hipóteses estará na base das associações entre variáveis, pela simples análise da representação espacial dos agrupamentos, leva à necessidade de voltar aos dados de base para estudar qualitativamente as reais diferenças entre as amostras e eventualmente aplicar a essas variáveis medidas estatísticas mais simples mas que forneçam informações adicionais sobre o significado dos padrões ou

RESULTADOS EXPERIMENTAIS



agrupamentos factoriais.

Nesta 3ª situação social o conjunto de sintomas que não diferencia os dois subgrupos de esquizofrênicos, é idêntico ao que se tinha observado nas situações anteriores.

4ª Situação Social

A análise factorial vai produzir nesta situação, dois agrupamentos de categorias de interacção social com elevada analogia com a análise anterior, feita sem a junção dos sintomas psicopatológicos. Pela comparação entre os resultados das duas análises factoriais (sem e com os sintomas) verificámos (Quadro 5.21) que, para além das alterações no ordenamento das variáveis (e consequentemente dos sujeitos) que se tinham já produzido nas situações anteriores, há também nesta segunda análise uma subida da significância (no perfil "modificador") das declarações do sujeito de que existe uma intenção de ajuda ou uma finalidade terapêutica ou de diagnóstico por parte dos membros do grupo ou do grupo no seu conjunto (V.18). Esta categoria, no padrão anteriormente descrito da análise factorial das categorias de relação interpessoal nos dados da 4ª situação social, situava-se no limiar do 1º factor e era significativa no 2º factor. Revela a tendência deste subconjunto de esquizofrênicos paranóides para interagirem com um marcado distanciamento do referencial.

A contribuição dos sintomas psicopatológicos condensados para os agrupamentos de variáveis, será analisada tendo em consideração, como temos vindo a fazer, apenas os sintomas que surgem em pelo menos 10% dos doentes. Este critério exclui da análise, no caso particular desta situação, os sintomas: "perturbações somato-sensoriais funcionais" e "perturbações vegetativas da angústia ou depressão" e "falsos fenómenos sensoriais não necessariamente psicóticos" que se revelam num ou outro extremo do eixo (V.40,

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

lado positivo e V.39 e V.30, lado negativo), como podemos observar no Quadro 5.21. No lado positivo do eixo 1, agrupam-se as categorias sociais que definem uma estratégia de interacção "modificadora" da realidade com exploração complexa de hipóteses distorcidas e distanciadas da realidade (V.19), acentuações semânticas e relações não usuais de significante-significado (V.12), declarações de hipóteses alternativas e operações de autolimitação (V.13), justificações vivenciais, com base na suposta doença ou presença de sintomas (V.17), definições ou construções de uma "identidade" para o próprio ou para os outros intervenientes na situação (V.4 e V.5) e ainda declarações de que existe da parte dos membros do grupo uma intenção de ajuda ou de tratamento em relação ao sujeito (V.18). A este conjunto de categorias de interacção vão associar-se, com contribuição significativa, os sintomas que se caracterizam pela expansividade dos afectos (V.33), e pela instabilidade afectiva elementar ou organizada (V.35).

No extremo oposto do eixo (lado negativo), em conjunto com o perfil "redutor" de interacção, caracterizado pelas declarações de incapacidade formuladas rigidamente e dum modo sumário ou holofrástico (V.16, V.15 e V.14), vão associar-se os sintomas "perturbações da memória e do pensamento" (V.24), "perturbações da atenção e da memória" (V.23), "perturbações não organizadas do pensamento" (V.25), "alterações da comunicação verbal e comportamento de grau psicótico" (V.36), "obsessões e fobias" (V.28) e "ansiedade" (V.32).

Alguns sintomas, manifestam-se com diferenças significativas na comparação, puramente clínica, entre os doentes que são caracterizados por cada "perfil":

a) Do lado do perfil "redutor" há diferenças significativas (valores de p menores que 0,05, teste de Mann-Whitney) nos sintomas: - perturbações da concentração, da memorização e de evocação dos dados, lentificação, inibição e pobreza do pensamento, certas perturbações do pensamento não organizadas,

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.19-Cont. Ext./Translac/Reorg./"Drift" Sem.	11.48	V.24-Pert. de Mem. e Pens. não Psicót.	6.83
V.11-Decl. Normativas	11.18	V.39-Pert. Veget. da Angústia	6.81
V. 3-Constr. Complex./Explor. Hip.	7.46	V.23-Pert. da Mem. e Atenção	5.70
V.13-Decl. Altern./Constr. Analog.	7.31	V.15-Rigid.	5.53
V.40-Sint. Somato-Sens. da Ansiedade	7.30	V.16-Incapacidade/Decl. Impot.	5.43
V.17-Just. Vivenc./Doença/Decl. Sint	5.72	V.30-Falsos Pen. Sens. não Nec. Psicót.	5.09
V. 4-Posição Prop./Just. Pers./Auto-Constr.	5.18	V.25-Alt. de Pensamento não Org.	3.48
V.33-Série Expansiva	5.03	V.36-Alt. de Comunic. Verbal ou Comport. de Grau Psicót.	3.36
V.12-Acentuações/Aorg./Signif.Relat.	4.50	V.28-Obsessões e Fobias	3.28
V. 5-Posição Alter./Alo-Constr.	4.31	V.32-Ansiedade	3.24
V.35-Inst. Afectiva de Grau. Elem. ou Org.	3.72		
V. 2-Agre./Constr. Limitd.	3.38		
V.18-Decl. Ajuda/Terap./Diag.	3.20		
V. 9-Afect. e Val. Prop. Posit./Coop. Prop.	3.15		

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 47	12.37	E 27	6.88
E 21	8.87	E 26	6.71
E 32	7.35	E 40	6.25
E 28	6.91	E 9	6.12
E 25	6.64	E 14	6.05
E 8	4.75	E 41	6.00
E 39	4.71	E 38	5.34
E 42	4.70	E 24	5.00
E 50	4.00	E 37	4.91
E 45	3.91	E 17	4.84
E 1	3.84	E 13	4.28
E 3	3.59	E 2	4.14
		E 20	4.07
		E 16	3.43
		E 22	3.35
		E 48	3.09
		E 4	3.08

QUADRO 5.21- SITUAÇÃO 4. FACTOR 1 (taxa de inércia - 32,1%)

Amostra de ESQUIZOFRENICOS PARANOIDES (N=50)

Análise Factorial das correspondências - 40 variáveis

(20 v. sociais e 20 v. sintomáticas - AMOP IV)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

sobretudo bloqueio de pensamento, nas alterações das vivências ligadas às perturbações do Eu, principalmente constituídas, nestes doentes, pelas vivências de influenciamento, pelo roubo de pensamento, pelas vivências de perda dos limites entre o Eu e o mundo exterior e pela difusão do pensamento, na ansiedade manifesta e ainda nos comportamentos que implicam o não reconhecimento da existência de doença (V.23, V.24, V.25, V.27, V.32 e V.37).

No limiar da significação ($p=0,05$) revelam-se, com maior intensidade, neste mesmo subgrupo de doentes as perturbações dos afectos com carácter negativo, que se exprimem sobretudo por desânimo ou por abaixamento da energia e da actividade (V.31).

b) Do lado do perfil "modificador" surgem, com uma diferença estatisticamente significativa (p menor que 0,05) os sintomas psicopatológicos que se caracterizam pela existência (mais ou menos estruturada) de afectos contraditórios, expressos de um modo desadequado, amplificação ou labilidade emocional (V.35) e no limiar da significância os sintomas que correspondem aos afectos e valorizações expansivas, ao aumento da energia e à aceleração do pensamento (V.31) (Gráfico V.12).

Como temos vindo a verificar na análise factorial dos dados clínicos e de relação interpessoal das quatro situações sociais, existe uma estabilidade não só nos padrões de interacção correspondentes a cada situação, como nos agrupamentos de sintomas que se vão associar às categorias sociais nos extremos do eixo 1. Em qualquer das análises foi manifesta a separação entre a maioria dos sintomas psicopatológicos e das categorias de relação interpessoal. Podemos ainda em síntese, concluir que se confirma a existência de dois agrupamentos de esquizofrénicos paranóides que têm um perfil ou estratégia de interacção social bem defenida e estão radicalizados em modos extremos de lidar com os atributos da realidade . Este dois subgrupos não se diferenciam clinicamente, em média, em algumas dimensões alteradas. Em ambos há doentes com sintomas de grau

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

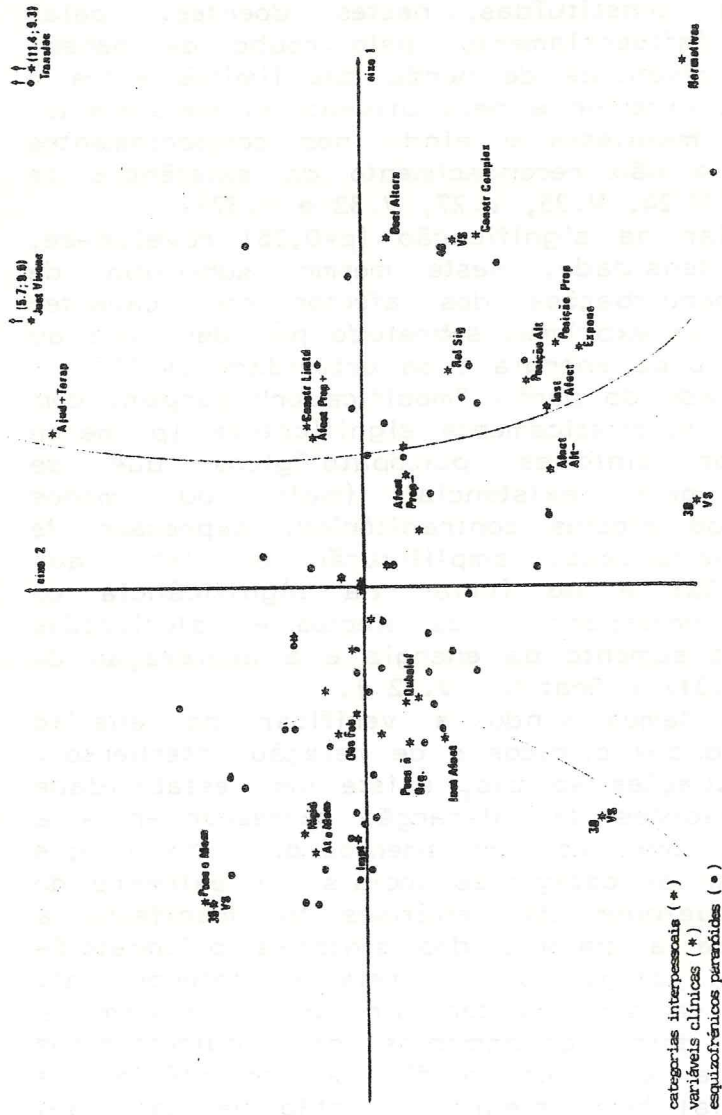


Gráfico V.11 - Análise Factorial das Correspondências. Plano (1,2). 4ª SITUAÇÃO SOCIAL. Esquizofrênicos Paranóides (N=50) descritos pelas 20 categorias de relação interpessoal e pelas 20 variáveis clínicas condensadas (AMDP).

psicótico ou que revelam uma profunda modificação do pensamento, da vivência do Eu e das relações com o mundo exterior. Os sintomas que parecem caracterizá-los melhor, dizem respeito às superestruturas da personalidade, a perturbações afectivas ou às alterações das funções cognitivas de tipo operacional.

Estas considerações, são relativas a padrões clínicos quantitativos deduzidas de quantidades médias que escondem a variância ou variação que cada um dos sintomas sofre no interior das subamostras dos doentes cujos padrões de interacção social são bem caracterizados.

Temos vindo a analisar, em simultâneo com os padrões factoriais, as características clínicas (quantitativas) dos esquizofrénicos que se agrupam nestes extremos. Se utilizarmos o mesmo procedimento para o grupo de doentes que fica posicionado na zona central do factor e tomando em consideração apenas os doentes cuja percentagem de contribuição ao eixo é inferior a 1.0, verificamos que do ponto de vista clínico as suas características médias no conjunto das quatro situações, são as seguintes:

a) Uma frequência e intensidade muito baixas ou mesmo nulas de alguns dos sintomas psicopatológicos que eram mais significativos nos doentes que se posicionam nos extremos do 1º factor, nomeadamente nos que correspondem às perturbações da memória e do pensamento (substituição ou deformação das recordações ou redução do curso temporal e dos conteúdos ideativos), aos afectos, valorizações, ideações e comportamentos expansivos e ainda à instabilidade afectiva de grau elementar ou organizado (V.24, V.33 e V.35).

b) Uma frequência e intensidade mais elevadas, em relação às médias dos outros dois grupos de doentes, nas perturbações não organizadas do pensamento, variável condensada (V.25) que nos sujeitos deste grupo central assume o seu valor apenas à custa do item - bloqueio de pensamento. É interessante notar que este item AMDP, que se refere às suspensões bruscas e aparentemente imotivadas do

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

SITUAÇÃO 4

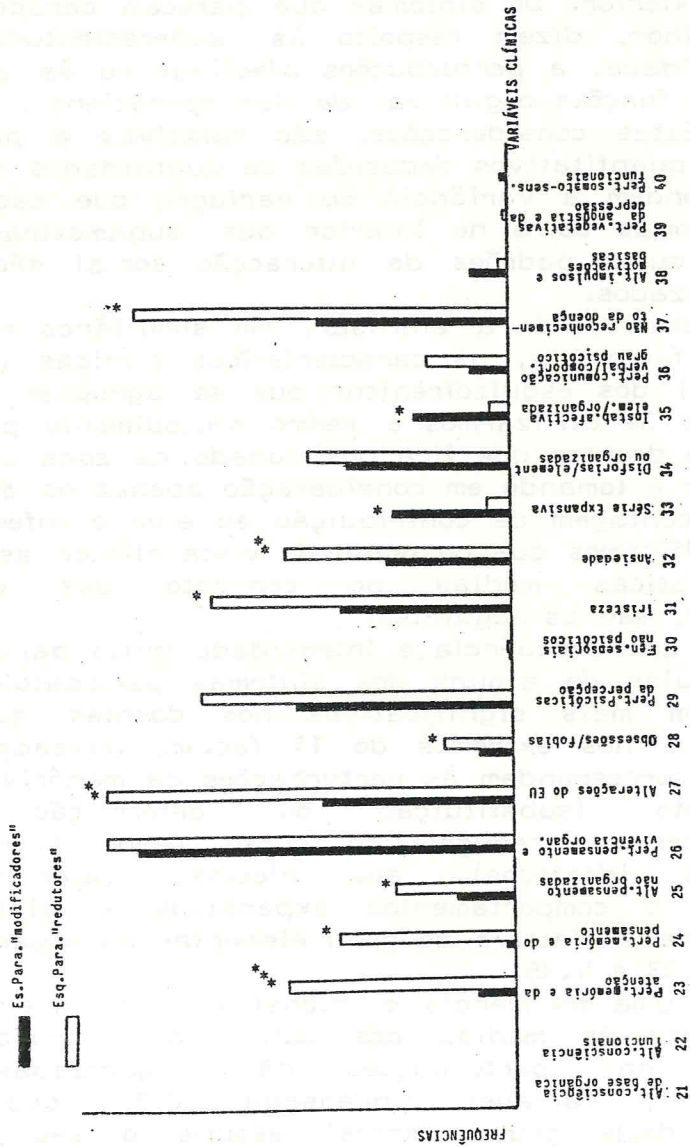


Gráfico V.12 - Perfil clínico. 20 variáveis clínicas. Esquizofrênicos Paranoicos-Histograma de frequências

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

curso do pensamento, foi codificado em 16 dos 50 doentes na amostra total, dos quais 56%, isto é, 9 doentes pertencem ao grupo que se posiciona na zona central do eixo.

c) Uma frequência ou intensidade intermédias, ligeiramente inferiores aos valores sintomáticos médios observados nos dois grupos extremos, relativamente aos restantes sintomas psicopatológicos.

Podemos, dum modo geral, considerar que neste terceiro agrupamento os esquizofrénicos, situados na zona central, definem-se do ponto de vista da sua estratégia de interacção social, por um "padrão" intermédio, num "ponto de equilíbrio" entre formas extremas de relação interpessoal. O seu modo de lidar com os atributos da realidade considera-se, pela negativa, incaracterístico. Este facto pode ser devido ao uso mais reduzido de algumas operações de identificação de dados, características dos doentes situados nos extremos do eixo, que conduz a uma utilização não preferencial de formas radicais de interacção.

Do ponto de vista clínico, em relação aos outros dois grupos, os esquizofrénicos paranóides situados na zona central têm, em média, um menor número ou intensidade de sintomas da escala AMDP. Em relação às variáveis clínicas condensadas, apresentam valores menores nas seguintes dimensões: complexidade na estruturação dos elementos sintomáticos, grau psicótico das perturbações perceptivas, cognitivas, vivenciais, da comunicação verbal e do comportamento e ainda nas alterações na dimensão da afectividade. Estes doentes da zona central do eixo têm ainda uma menor ocorrência de perturbações da atenção e da memória. Pelo contrário, apresentam valores mais elevados na variável que condensa as perturbações do pensamento (não organizadas) do que os esquizofrénicos com padrões de interacção extremos e bem caracterizados. Com alguma probabilidade, poderíamos considerar, relativamente a este facto, que o bloqueio do curso do pensamento seria um dos sintomas diferenciais deste grupo em relação aos outros. No entanto, este tipo de hipóteses para serem confirmadas implicariam

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

investigações posteriores, com replicação da situação experimental e uso das variáveis clínicas como variáveis de controle. Apesar disso pensamos que o seu interesse heurístico seria discutível, por não levar a qualquer esclarecimento sobre as hipotéticas relações analíticas entre os fenómenos de interacção social e os sintomas psicopatológicos. Não foi este o objectivo do tratamento matemático actual a que foram submetidos os dados. Efectivamente, a partir dos resultados das análises factoriais que aplicámos à matriz inicial, podem ser estudadas um certo tipo de relação entre variáveis clínicas e sociais. Referimo-nos aos "perfis de indicadores" de perturbação (no caso presente da esquizofrenia paranóide), ou seja, às relações de inclusão entre diferentes variáveis consideradas como "sinais" (mensuráveis) que "avisam" da presença de um certo fenómeno global e impossível de medir ou sequer de "conhecer" em toda a sua extensão.

Iremos analisar em seguida as relações de agrupamento (ou inclusão) entre as categorias sociais e as variáveis psicopatológicas no plano das projecções num espaço bidimensional.

Relações de agrupamento entre categorias sociais e sintomas psicopatológicos a nível do 1º factor.

Observámos, nas análises factoriais descritas, algumas associações preferenciais entre os dois tipos de variáveis e ainda algumas variáveis interpessoais e psicopatológicas que surgem no plano factorial (1,2) sempre isoladas.

As associações, mais frequentes e estáveis, produzem-se entre as categorias sociais que definem o perfil "reductor" e alguns sintomas psicopatológicos. Há dois agrupamentos que se distinguem na representação gráfica:

a) O primeiro dá-se entre as declarações de incapacidade e a rigidez, com as perturbações da

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

atenção, memória e pensamento, sobretudo evidentes a partir da segunda situação social;

b) O segundo agrupamento que surge com maior frequência, do mesmo lado do eixo embora afastado espacialmente do agrupamento anterior, dá-se entre a categoria relativa às declarações holofrásticas e os sintomas: tristeza, alterações do Eu e condutas que implicam o não reconhecimento da doença.

Os sintomas que se projectam do lado do perfil "modificador", caracterizados pelos afectos e comportamentos expansivos e pela instabilidade afectiva (V.33 e V.35), não se associam com as categorias sociais mais significativas para este perfil, ficando situados no limite da zona central do eixo. Formam, a partir da segunda situação social, um agrupamento entre si e com as operações de definição da posição, do próprio ou dos outros, na relação (ou operações de construção de uma "identidade") assim como com as caracterizações afectivas e valorativas em relação ao próprio (positivas na segunda e terceira situações e negativas na quarta situação).

Na totalidade das quatro situações sociais verificou-se, nesta análise factorial, que a relação entre as categorias sociais e os sintomas psicopatológicos é de proximidade ou de agrupamento entre um subconjunto de um e do outro tipo de variáveis. Como verificámos, o primeiro factor da análise factorial, feita apenas com as 20 categorias sociais, em qualquer das situações consideradas, praticamente não se modifica com a introdução das 20 variáveis sintomáticas. As alterações que estas variáveis produzem no ordenamento da contribuição, de uma ou de outra categoria social, não têm significado relativamente à interpretação do padrão ou agrupamento que se constitui. A relação, entre as categorias sociais e as variáveis sintomáticas, só pode ser interpretada como uma **ocorrência simultânea de dois tipos de fenómenos distintos**. A hipótese de outro tipo de relação lógica entre eles não pode ser colocada, dado que **a maioria dos fenómenos de relação interpessoal, se separa nitidamente dos sintomas**.

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Apenas as categorias que correspondem às operações de rigidez, respostas holofrásticas e declarações de incapacidade se associam a alguns dos sintomas psicopatológicos. Por outro lado, os sintomas que revelam uma maior perturbação e um maior erro na apreciação da realidade, com atribuição de significados anormais às percepções, representações internas, convicções e ideias delirantes, mais ou menos elaboradas, posicionam-se no centro do eixo 1, nitidamente separados das categorias de interacção social que caracterizam uma maior distorção da realidade.

Estas separações vão ser de novo evidentes no 2º factor das análises feitas sobre o conjunto das 40 variáveis, como iremos verificar em seguida.

Segundo Factor ou Segundo Eixo Factorial

O 2º factor das análises factoriais, aplicadas à matriz dos doentes descritos por um vector de 40 entradas, não será referido tão detalhadamente, dado que possui uma marcada analogia com o mesmo factor que descrevemos nas análises factoriais anteriores, isto é, sem a inclusão dos sintomas psicopatológicos.

Do ponto de vista da formação dos padrões de categorias de interacção, nos extremos deste 2º eixo, em qualquer das quatro situações sociais, obtivemos uma reprodução (com ligeiras alterações) dos dois perfis de relação interpessoal anteriormente descritos. Os agrupamentos de variáveis sociais têm vindo a ser interpretados, de acordo com as transformações sofridas pelos atributos das situações sociais, introduzidos à-priori no desenho de experiência, para a produção de um certo estado de conhecimento dos sujeitos sobre os múltiplos aspectos da relação interpessoal e ainda segundo o tipo de inferência que estes utilizam para elaborar as suas hipóteses sobre a situação. Neste contexto, as associações de categorias de interacção, nos extremos factoriais, representam uma oposição entre dois modos de caracterização de estruturas e

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

papéis sociais ou estratégias de relação interpessoal no grupo social restrito que podem ser sintetizadas da seguinte maneira:

a) Uma estratégia que envolve uma maior perda da capacidade referencial, evidenciada pela tendência para a utilização de estratégias globais de interacção, com construções reorganizativas idiossincráticas dos dados, elaborados de um modo complexo, distorcido e desligado do contexto das situações sociais;

b) Uma tendência para as caracterizações parciais dos atributos de referência, amplificadas por dados relativos à experiência privada do sujeito, para o uso de caracterizações normativas, afectivas ou valorativas, caracterizações de atitudes na dimensão cooperação - rejeição, ou ainda referidas a traços de personalidade que definem uma posição na relação do próprio ou dos outros membros do grupo. A perda de ligação ao referencial da situação, é menor neste segundo tipo de agrupamentos de categorias ou de operações de identificação de dados, do que na estratégia anterior. Podemos, por exemplo, assinalar que a atribuição, feita pelo sujeito ao grupo de finalidades de ajuda ou de uma relação terapêutica surge neste eixo 2, apenas na terceira situação social.

As categorias sociais, que contribuem com percentagem significativa para a formação do 2º factor (Quadros 5.22 a 5.25), são sobreponíveis às que contribuíam para o mesmo eixo nas análises factoriais feitas sem a introdução das variáveis sintomáticas. Sendo os agrupamentos praticamente constituídos pelas mesmas variáveis, as alterações verificam-se no ordenamento relativo das percentagens de contribuição para a formação dos factores. Algumas categorias, que nas análises factoriais anteriores, estavam colocadas na zona central do eixo 2 perto do limiar (matriz de 50 S.x 20 V.), passam a ter importância para os extremos factoriais das análises feitas sobre a actual matriz (50 S. x 40 V.). Verifica-se o mesmo facto em relação aos agrupamentos factoriais de esquizofrénicos paranóides. Em qualquer das situações sociais que

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.16-Incapacidade/ Decl. Impot.	5.92	V.40-Sint. Somato-Sens.	19.77
V.19-Cont. Ext./Translac/Reorg./ "Drift" Sem.	4.84	V.20-Coment. Mist.	16.75
V.17-Just. Vivenc./Doença/Decl. Sint.	4.54	V.39-Pert. Veget. da Angústia/e Dep.	9.73
		V. 8-Afect. e Val. Alt. Negat./ Rejei. Alt.	6.93
		V.30-Falsos Fen. Sens. não Nec. Psicót.	6.58
		V.13-Decl. Altern.	5.67
		V.24-Pert. de Memor e Pens. não Psicót.	4.90
		V.25-Alt. do Pensamento não Org.	4.52
		V. 6-Decl. Vivenc.	3.76
		V.36-Alt. de Comun. Verbal ou Comport. de Grau Psicót.	3.69
		V.28-Obsessões e Fobias	3.58

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 19	4.71	E 3	5.11
E 20	4.42	E 15	4.49
E 34	4.38	E 11	4.33
E 37	3.73	E 48	3.91
E 43	3.54	E 18	3.81
E 32	3.10	E 28	3.79
E 47	3.09	E 35	3.73
E 4	3.05	E 39	3.65
		E 36	3.42

QUADRO 5.22-SITUAÇÃO 1. FACTOR 2 (Taxa de inércia - 8,1%)

Amostra de ESQUIZOFRENICOS PARANÓIDES (N=50)

Análise Factorial das correspondências - 40 variáveis

(20 v. sociais e 20 v. sintomáticas AMDP-IV)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

consideremos, é idêntica a separação produzida pelo segundo factor extraído dos dois tipos de matrizes de base. Verificam-se apenas modificações nas percentagens de contribuição e por conseguinte na ordenação dos sujeitos em relação à formação do factor e também, por conseguinte, no espaço de representação.

No que diz respeito à associação entre sintomas psicopatológicos e variáveis ou categorias sociais, o segundo factor produz algumas alterações relativamente ao primeiro. É ao nível destas diferenças que podemos determinar se este factor contribui para a especificação das relações de agrupamento ou de distância entre perfis, resultantes da existência de regularidades na conjugação de ocorrência dos dois tipos de variáveis.

Podemos sintetizar os resultados obtidos pela observação das projecções das variáveis (clínicas e sociais), cuja contribuição é significativa, no plano de representação espacial definida pelo 2º factor, reafirmando a **independência relativa entre os sintomas psicopatológicos e as categorias sociais**. A separação, que se verificara no 1º factor, entre os dois tipos de indicadores, torna-se agora mais evidente. Os factos que apoiam a aceitação desta hipótese são os seguintes:

- 1 - No perfil de interacção característico dos esquizofrénicos paranóides "modificadores" da realidade, estão praticamente ausentes os sintomas psicopatológicos. A única excepção, que poderia ter algum significado, seria constituída pela variável clínica condensada-"perturbações da memória e do pensamento" (V.24), associada no 1º factor das quatro situações sociais às operações "reductoras" da realidade e contribuindo neste 2º factor da quarta situação social para o padrão oposto, isto é, formado por categorias ou operações que produzem uma interacção social mais distanciada da realidade actual. No entanto, o estudo da representação espacial (ver Gráfico V.11) das variáveis e sujeitos que na quarta situação social se projectam no plano definido por este factor (plano 1,2), permite concluir que não está presente uma

efectiva associação entre a variável clínica (V.24) e as categorias de interacção social. Observa-se em primeiro lugar, que esta variável sintomática está muito distanciada-no quadrante oposto - das operações que, no extremo positivo do eixo 2 (quadrante superior esquerdo), definem o "perfil modificador" de relação interpessoal (V.17, V.19, V.18); por outro lado, verifica-se também que há uma correspondência entre esta variável clínica, que se refere às perturbações da memória e do pensamento, e um pequeno agrupamento de três doentes esquizofrénicos paranóides (E20, E9, E13) posicionados na zona central do eixo. No entanto, tendo embora estes doentes uma percentagem de contribuição para o factor, inferior ao limiar fixado (2.89%, 2.81% e 2.56% respectivamente), projectam-se no plano factorial (quadrante superior direito) em correspondência com a variável sintomática (V.24). Podemos, com base neste factos, considerar que esta variável condensada caracteriza, essencialmente e de um modo específico, um reduzido agrupamento de esquizofrénicos paranóides que são pouco significativos para a formação dos perfis de interacção social separados pelo 2º factor.

A análise dos dados clínicos de base veio confirmar que estes doentes, em relação à restante amostra, tinham uma frequência mais elevada e uma média de cotação mais intensa nos itens AMDP condensados na variável psicopatológica em estudo, nomeadamente no que se refere aos sintomas de inibição e lentificação do pensamento. Não tem significado, pela reduzida frequência, o aparecimento das variáveis condensadas: "sintomas somato-sensoriais funcionais" (V.40, sit.3, factor2, polo +), e as "perturbações vegetativas da angústia ou depressão" (V.39, sit.4, factor2, polo +) como pode ser observado nos Quadros 5.22 a 5.25, em associação com as categorias ou operações que produzem alterações e distorções nos atributos da realidade social (perfil "modificador").

2 - Em relação com os agrupamentos de categorias que surgem nas quatro situações sociais no

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.19-Const.Ext./Translac/Reorg./ "Drift" Sem.	6.40	V.18-Decl. Ajuda/Terap./Diag.	10.49
V.40-Sinto.Somato-Sens. de Ansiedade	4.84	V.38-Alt. dos Impuls. e Mot.Básicos	6.02
		V.20-Coment. Mist.	5.94
		V. 5-Posição Alter./Alo-Constr.	5.48
		V.39-Pert. Veget. de Angústia	4.59
		V.35-Inst.Afectiva de Grau Elem. ou Org.	3.82
		V. 4-Posição Prop/ Just. Pers./Auto-Constr.	3.53
		V. 2-Agreg./Constr. Limit.	3.06
		V. 6-Decl. Vivenc.	2.63

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 32	4.06	E 21	13.30
E 47	3.80	E 29	3.53
E 10	3.06	E 12	3.16

QUADRO 5.24-SITUAÇÃO 3. FACTOR 2 (taxa de inércia 10,5%)

Amostra de ESQUIZOFRENICOS PARANÓIDES (N=50)

Análise Factorial das correspondências - 40 variáveis

(20 v. sociais e 20 v. sintomáticas - AMDP IV)

polo oposto do 2º factor, constituídas essencialmente por operações de caracterização de dados parcelares da relação interpessoal e que têm uma menor perda de ligação ao referencial, associam-se nas terceira e quarta situações sociais, lado negativo, duas variáveis sintomáticas. As variáveis - "instabilidade afectiva elementar ou organizada" (V.35) e "série expansiva" (V.33) - agrupadas às operações de definição da posição na relação ou à construção de uma "identidade", do próprio ou dos outros (V.4 e V.5). No entanto, estas variáveis clínicas introduzidas neste extremo do eixo, não alteraram os agrupamentos de categorias de interacção que tinham sido observados na análise factorial anterior, sem os sintomas psicopatológicos. Poderemos então supor, que o aparecimento destas duas variáveis condensadas, no polo negativo do factor, seja apenas devido ao facto (semelhante ao já verificado no ponto anterior) de serem constituídas por itens sintomáticos, de algum modo típicos em relação ao perfil clínico dos doentes que se posicionam nesse extremo do eixo, comparativamente aos sujeitos que estão situados em oposição factorial. A aceitar esta hipótese não poderemos, por conseguinte, considerar que esteja presente uma relação de agrupamento entre sintomas psicopatológicos e variáveis sociais, mas entre esquizofrénicos paranóides, bem caracterizados na sua estrutura de operações de relação interpessoal, e algumas manifestações sintomáticas de superfície que lhes são comuns e os diferenciam de outros doentes.

3 - A maioria dos sintomas estão, no plano da representação espacial, distanciados de qualquer padrão de categorias ou variáveis sociais, formando ou não agrupamentos entre si. Uma associação entre variáveis clínicas surge em duas situações sociais sendo constituída pelo conjunto das: "perturbações da memória e do pensamento", "alterações não organizadas do pensamento", "alterações da comunicação verbal ou comportamento de grau psicótico" e "obsessões e fobias". Este agrupamento formado apenas por sintomas psicopatológicos observa-se (Gráfico V.5 e V.7) na

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

primeira situação social (quadrante inferior esquerdo) e na segunda situação social (quadrante superior direito) (V.24, V.25, V.36 e V.28).

Os factos que mencionámos constituem alguns argumentos a favor da hipótese de que os dois tipos de fenómenos clínicos e sociais sejam variáveis independentes, embora com algumas ocorrências conjugadas, hipótese que como iremos verificar foi confirmada pelos resultados das análises dos Componentes Principais aplicadas a estes mesmos dados

De um modo geral, podemos afirmar que no conjunto, os 2^{os} factores que analisámos não acrescentam informação aos "perfis" ou estratégias de interacção social anteriormente descritos, e vêm apenas contribuir para a confirmação de hipóteses relativas à natureza das variáveis indicadoras da existência de uma perturbação psicopatológica e de um desajustamento a nível da interacção social em pequenos grupos.

Tal como tínhamos feito para o 1^o factor, determinámos o perfil clínico médio dos esquizofrénicos que contribuem mais significativamente, para um e outro extremo do 2^o factor, no conjunto das quatro análises factoriais. Embora de dimensão reduzida as subamostras de doentes, que são caracterizados por este factor, sobretudo a partir da primeira situação social, podem ser comparadas em relação à distribuição das variáveis, com o teste de Mann-Whitney. Precisamente por ser um teste não paramétrico, pode ser aplicado a distribuições de dados discretos que não seguem a curva normal e em pequenas amostras de sujeitos. Consideraremos os perfis clínicos, tomando como medida para a representação gráfica o valor médio de cada variável condensada, nos dois grupos de esquizofrénicos paranóides situados em polos factoriais opostos. No entanto, estes Gráficos serão apenas citados no decurso da descrição das diferenças entre os agrupamentos de doentes, não tendo sido incluídos neste trabalho. Os perfis clínicos médios têm uma configuração muito aproximada nas quatro situações sociais. Verificámos, de um modo geral, que os

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.17-Just. Vivenc./Doença/Decl. Sint	10.25	V.38-Alt. dos Impuls. e Mot. Básicos	7.13
V.19-Cont. Ext./Translac/Reorg./ "Drift" Sem.	9.38	V.11-Decl. Normativas	6.98
V.18-Decl. Ajuda/ Terap./Diag.	6.62	V.30-Falsos Fen. Sens. não Nec. Psicót.	5.12
V.24-Pert. de Memor. e Pens. não Psicót.	3.47	V.33-Série Expansiva	4.64
V.39-Pert. Veget. da Angústia/eDep.	3.43	V. 4-Posição Prop./Just. Pers./ Auto-Constr.	4.16
		V.35-Inst. Afectiva de Grau Elem. ou Org.	3.93
		V. 8-Afect. e Val. Alt. Negat./ Rejei. Alt.	3.90
		V. 5-Posição Alter./Alo-Constr.	3.50

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de Contrib	SUJEITOS	% de Contrib
E 47	10.04	E 21	7.74
E 43	3.96	E 30	4.02
		E 23	3.75
		E 39	3.57

QUADRO 5.25-SITUAÇÃO 4. FACTOR 2 (taxa de inércia - 11,5%)

Amostra de ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES (N=50)

Análise Factorial das correspondências - 40 variáveis

(20 v. sociais e 20 v. sintomáticos - AMDP IV)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

esquizofrênicos paranoídes que entram em correspondência com o perfil mais desligado do referencial - para qual tem uma contribuição elevada, por vezes específica, a categoria "Translac" (isto é, constituída pelas operações de translação para o exterior ou para o espaço interno, reorganizações dos dados, distorções e mudanças semânticas) - caracterizam-se por um valor mais elevado (significativo em algumas situações) na variável psicopatológica que corresponde às alterações estruturadas do pensamento e da vivência com carácter delirante (V.26) e às alterações do Eu (V.27). Este facto não era tão evidente na análise factorial, dado que estes sintomas se posicionam na zona central do eixo embora do lado do perfil "modificador" da realidade (positivo). Verificamos ainda, de um modo nítido, nas segunda, terceira e quarta situações que este mesmo grupo de esquizofrênicos tem um valor mais elevado nos sintomas que correspondem às alterações psicóticas da percepção (V.29).

Em relação a este, o subgrupo de esquizofrênicos que se lhe opõe (lado negativo do factor) e que tende a interagir com uma menor perda do referencial e através de caracterizações parcelares, possui, em geral, valores mais baixos nos sintomas produtivos de tipo psicótico, diferenciando-se com regularidade por uma maior frequência e intensidade, nas manifestações subjectivas da ansiedade ou manifestações observadas de comportamento ansioso (V.32). No entanto, teremos de pôr reservas à interpretação desta diferença porque pode consistir num artefacto da quantificação dos sintomas. É admissível supor que os esquizofrênicos do grupo que possui um padrão de interacção oposto a este (mais distorcido e distanciado do referencial), terão muito provavelmente uma ansiedade difícil de codificar pelo AMDP. Pode estar camuflada pelos sintomas delirantes ou por outras alterações no comportamento e relação com o observador que se vão sobrepôr à codificação da ansiedade manifestada como sintoma isolado.

Nos restantes sintomas da escala, os dois

subgrupos de doentes esquizofrênicos paranóides, separados pelo 2º factor nas quatro situações sociais, não possuem uma diferença estável devido à variação produzida pelos diferentes ordenamentos de contribuição ao factor.

Terceiro e Quarto Factores ou Eixos Factoriais

Nesta análise factorial os 3º e 4º factores não acrescentam informação em relação às estratégias de interacção social, determinadas pela análise factorial feita apenas com as categorias de relação interpessoal em qualquer das situações sociais. Os agrupamentos das categoriais mantêm-se praticamente sem alterações significativas, após a introdução dos sintomas psicopatológicos (Quadros 5.26 a 5.33). No que diz respeito à contribuição das variáveis clínicas para os agrupamentos factoriais, verifica-se que os sintomas condensados cuja frequência é muito baixa têm uma maior percentagem de contribuição para estes factores (do que tinham relativamente ao 1º e 2º eixo) embora o seu significado clínico seja reduzido.

Os sintomas psicopatológicos vão constituir alguns agrupamentos entre si. As oposições mais estáveis, em qualquer destes dois factores e nas quatro situações sociais, produzem-se entre os sintomas da "série expansiva", associados nalguns casos à "instabilidade afectiva de grau elementar ou organizado" (V.33 e V. 35), que se opõem à associação entre as "perturbações da memória e do pensamento", com as "alterações da comunicação verbal ou comportamento de grau psicótico" e nalguns casos também às "perturbações da memória e da atenção" (V.24, V.36 e V.23). No 3º factor das duas primeiras situações sociais, junta-se a este último grupo a variável psicopatológica "obsessões e fobias" (V.28).

Estes agrupamentos sintomáticos tinham surgido no 1º e 2º factores análises factoriais das correspondências, mas tornam-se mais evidentes no 3º

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIAVEIS	% de contrib	VARIAVEIS	% de contrib
V.40-Sint. Somato-Sens. da Ansiedade/ e Def.	14.03	V.30-Falsos Fen. Sens. não Nec. Psicót.	16.21
V.38-Alt. dos Impuls. e Mot. Básicos	9.44	V.24-Pert. de Memor e Pens. não Psicót.	8.53
V.33-Série Expansiva	6.10	V.17-Just. Vivenc./Doença/Decl. Sint.	7.33
V. 8-Afect. e Val. Alt. Negat./Regei. Alt.	3.65	V.36-Alt. de Comun. Verbal ou Comport. de Grau Psicót.	6.59
V.27-Alt. do Eu	3.48	V.18-Decl. Ajuda/Terap./Diag.	6.45
		V.28-Obsessões e Fobias	4.25

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 19	3.88	E 20	4.24
E 30	3.85	E 43	4.06
E 27	3.26	E 7	3.65
E 3	3.16	E 1	3.59
E 5	3.14	E 34	3.49
E 45	3.04	E 21	3.47
		E 13	3.27

QUADRO 5.26-SITUAÇÃO 1. FACTOR 3 (Taxa de inércia - 8,6%)

Amostra de ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES (N=50)

Análise Factorial das correspondências - 40 variáveis

(20 v. sociais e 20 v. sintomáticas AMDP-IV)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.40-Sinto. Somato-Sens. de Ansiedade e Def.	20.06	V.38-Alt. dos Impuls. e Mot. Básicos	14.77
V.24-Pert. de Memor e Pens. não Psicót.	8.80	V.33-Série Expansiva	9.31
V.36-Alt. de Comunic. Verbal ou Comport. de Grau Psicót.	7.19	V.20-Coment. Mist.	5.95
V.23-Pert. de Memo. e Atenção	5.39	V.30-Falsos Fen. Sens. não Nec. Psicót.	4.77
V.34-Disforia de Grau Elem. ou Org.	3.93	V.16-Incapacidade/Decl. Impot.	3.95
		V.13-Decl. Altern.	3.66
		V.35-Inst. Afectiva de Grau Elem. ou Org.	3.60

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 2	5.21	E 6	5.43
E 9	4.51	E 30	3.89
E 3	4.33	E 8	3.66
E 13	4.28	E 15	3.36
E 48	3.61		
E 38	3.56		
E 10	3.12		

QUADRO 5.27-SITUAÇÃO 1. Factor 4 (Taxa de inércia - 5,6%)

Amostra de ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES (N=50)

Análise Factorial das correspondências - 40 variáveis

(20 V. sociais e 20 v. sintomáticas AMDP-IV)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.19-Cont. Ext./Translac/Reorg./"Drift" Sem.	7.25	V. 6-Decl. Vivenc.	9.39
V.11-Decl. Normativas	5.09	V.38-Alt. dos Impuls. e Mot.Básicas	5.43
V.17-Just. Vivenc./Doença/Decl. Sint.	4.10	V.20-Coment. Mist.	4.27
V.18-Decl. Ajuda/Terap./Diag.	3.95	V.40-Sinto.Somato-Sens.	3.80

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 47	6.25	E 21	6.60
E 32	3.54	E 39	4.36
E 41	3.13		
E 20	3.11		

QUADRO 5.23- SITUAÇÃO 2. FACTOR 2 (Taxa de inércia - 7,7%)

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.17-Just. Vivenc./Doença/Decl. Sint.	10.24	V.20-Coment. Mist.	8.87
V.39-Pert. Veget. da Angústia/eDep.	9.29	V.40-Sinto. Somato-Sens. ¹	7.05
V.18-Decl. Ajuda/Terap./Diag.	5.19	V.34-Disforia de Grau Elem. ou Org.	4.36
V. 5-Posição Alter./Alo-Constr.	3.50	V.35-Inst.Afectiva de Grau.Elem. ou Org.	3.40
V. 2-Agreg./Qnstr.Limít.	3.35		
V.28-Obsessões e Fobias	3.12		

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 16	6.57	E 10	3.86
E 15	3.46	E 11	3.60
E 29	3.10	E 45	3.50
E 21	3.03		

QUADRO 5.28-SITUAÇÃO 2. FACTOR 3 (taxa de inércia - 7,3%)

Amostra de ESQUIZOFRENICOS PARANÓIDES (N=50)

Análise Factorial das correspondências - 40 variáveis

(20 v. sociais e 20 v. sintomáticas AMOP-IV)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.38-Alt. dos Impuls. e Mot. Básicos	24.59	V.24-Pert. de Memor. e Pens. não Psicót.	7.34
V.33-Série Expansiva	16.62	V.36-Alt. de Comunic. Verbal ou Comport. de Grau Psicót.	4.95
V.35-Inst. Afectiva de Grau Elem. ou Org.	7.05	V.39-Pert. Veget. da Angústia	4.44
V.16-Incapacidade/Decl. Impot.	3.96	V.20-Coment. Mist.	4.19
V.10-Afect. e Val.Prop. Negat./Regei. Prop.	3.16	V.23-Pert. da Memor. e Atenção	3.68
		V.30-Falsos Fen. Sens. não Nec. Psicót.	3.34

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 6	8.49	E 9	3.75
E 8	7.43	E 13	2.80
E 30	3.81	E 2	2.39
		E 48	2.03
		E 29	2.01

QUADRO 5.29-SITUAÇÃO 2. FACTOR 4 (Taxa de inércia - 5,4%)

Amostra de ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES (N=50)

Análise Factorial das correspondências - 40 variáveis

(20 v. sociais e 20 v. sintomáticas AMOP-IV)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.38-Alt. dos Impuls. e Mot. Básicos	11.81	V.24-Pert. de Memor. e Pens. não Psicót.	9.30
V.33-Série Expansiva	9.98	V.36-Alt. de Comunic. Verbal ou Comport. de Grau Psicót.	7.62
V.16-Incapacidade/Decl. Impot.	9.65	V.20-Coment. Mist.	6.53
		V.30-Falsos Pens. Sens. não Nec. Psicót.	5.07

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 19	11.59	E 2	3.83
E 30	4.80	E 9	3.83
E 6	4.58	E 43	3.67
E 8	4.31	E 13	3.56
E 24	3.28	E 12	3.54
		E 17	3.35
		E 48	3.19
		E 40	3.12

QUADRO 5.30- SITUAÇÃO 3. FACTOR 3 (Taxa de inércia - 8,6%)

Amostra de ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES (N=50)

Análise Factorial das correspondências - 40 variáveis

(20 v. sociais e 20 V. sintomáticas - AMDP IV)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.19-Cont. Ext./Translac/Reorg/ "Drift" Sem.	7.00	V.20-Coment. Mist.	20.58
V.17-Just. Vivenc./Doença/Decl. Sint.	5.67	V.36-Alt. de Comunic. Verbal ou Comport. de Grau Psicót.	6.38
V.18-Decl. Ajuda/Terap./ Diag.	5.20	V. 8-Afect. e Val Alt. Negat./ Rejei. Alt.	6.05
V.30-Falsos Fen. Sens. não Nec.Psicó	3.72	V.40-Sint. Somato-Sens. da Ansieda- de / e Def.	5.80
		V.11-Decl. Normativas	4.47
		V. 6-Decl. Vivenc.	3.62
		V.10-Afect. e Val. Prop. Negat./ Rejei. Prop.	3.54
		V. 9-Afect. e Val. Prop. Posit. Coop. Prop.	3.29

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 47	6.83	E 28	5.58
E 21	3.73	E 11	4.19
		E 36	4.03
		E 45	3.79

QUADRO 5.31-SITUAÇÃO 3. FACTOR 4 (Taxa de inércia - 7,7%

Amostra de ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES (N=50)

Análise Factorial das correspondências - 40 variáveis

(20 v. sociais e 20 v. sintomáticas - AMDP IV)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.30-Falsos Fen. Sens. não Nec.Psicó	13.09	V.40-Sint. Somato-Sens.	4.51
V.11-Decl. Normativas	11.50	V. 8-Afect. e Val. Alt. Negat./	3.80
V. 6-Decl. Vivenc.	9.32	Regei. Alt.	
V.39-Pert. Veget. de Angústia e Def	8.53	V.33-Série Expansiva	
V.24-Pert. de Memor. e Pensamento	6.71		
V.18-Decl. Ajuda/Terap./Diag.	6.01		
V. 5-Posição Alter./Alo-Constr.	5.02		
V.17-Just. Vivenc./Doença/Decl. Sint	3.10		

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 21	7.71	E 23	5.79
E 12	6.18	E 45	4.24
E 9	4.92	E 42	3.91
E 7	3.39	E 34	3.48
E 20	3.22	E 32	3.30
E 4	3.07		

QUADRO 5.32-SITUAÇÃO 4. FACTOR 3 (Taxa de inércia - 8,9%)

Amostra de ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES (N=50)

Análise Factorial das correspondências - 40 variáveis

(20 v. sociais e 20 v. sintomáticas -AMDP IV)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.40-Sinto. Somato-Sens.	25.97	V.38-Alt. dos Impuls. e Mot. Básicos	11.97
		V.33-Série Expansiva	9.43
		V.16-Incapacidade/Decl. Impot.	7.38
V.20-Coment. Mist.	15.94	V.39-Pert. Veget. de Angústia/e Def.	6.51
		V.28-Obsessões e Fobias	4.54
V. 9-Afect. e Val. Prop. Posit./ Coop. Prop.	6.66		
V.24-Pert. de Memor. e Pens. não Psicót.	5.67		
V. 7-Afect. e Val Alt. Posit./ Coop. Alt.	5.47		
V.36-Alt. de Comunc. Verbal ou Com- port. de Grau Psicót.	4.98		

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 3	5.93	E 6	5.51
E 36	3.75	E 24	4.87
E 12	3.58	E 15	4.52
		E 30	4.30
		E 16	3.65
		E 31	3.33
		E 8	3.00

QUADRO 5.33- SITUAÇÃO 4. FACTOR 4 (Taxa de inércia - 6,9%)

Amostra de ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES (N=50)

Análise Factorial das correspondências - 40 variáveis

(20 v. sociais e 20 v. sintomáticas - AMOP IV)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

e 4º factores, nos quais há um menor peso de contribuição ao factor, das categorias de interacção social (o 4º factor da primeira situação é, do lado positivo, constituído só por sintomas).

A possível interpretação destes agrupamentos de variáveis clínicas condensadas, será feita em seguida, na descrição dos resultados do estudo da distribuição dos sintomas psicopatológicos, isolados das variáveis sociais.

Relação entre as categorias de interacção social e as variáveis psicopatológicas condensadas - SÍNTESE DOS RESULTADOS.

Poderíamos sintetizar os resultados dos dois conjuntos de análises factoriais, com as categorias sociais e com a introdução dos sintomas psicopatológicos, reafirmando o seguinte:

1. Os perfis básicos de interacção social descritos pelo 1º factor das duas análises correspondem a estruturas estáveis nos dados e constituem muito provavelmente a um factor cognitivo da adaptação social que pode oscilar entre dois polos opostos e um ponto central de equilíbrio. Ambas as estratégias, embora com diferente tipo de distanciamento, correspondem a uma perda da ligação ao contexto referencial da situação social. Esta pode ser produzida: a) pela transformação "criativa" dos atributos da realidade, feita sem retorno, num deslizar quase completo da própria interacção e com a "construção" duma nova estrutura complexa de relação interpessoal; b) pela redução da variedade e da complexidade de dados de referência da situação ou da realidade, limitando a identificação, elaboração, manipulação ou estruturação dos atributos ou das relações entre eles, e mantendo rigidamente a mesma forma de interacção com a utilização, como defesa, de declarações explícitas de incapacidade.

2. A relação entre os sintomas psicopatológicos e

as categorias sociais é de simples contiguidade na representação espacial dos factores.

Entre algumas categorias (sobretudo as que definem o perfil "redutor") e alguns sintomas psicopatológicos condensados (em geral relativos a dificuldades cognitivas de tipo operacional) verificámos existir uma associação com um certo grau de regularidade.

Não parece haver uma relação entre os dois tipos de variáveis, que não seja a de ocorrerem em paralelo, ou estarem em proximidade ou contiguidade espacial. A presença dos sintomas não modifica os agrupamentos de variáveis sociais anteriormente obtidos, por conseguinte não interfere na estruturação dos padrões de categorias sociais. Os sintomas psicopatológicos são como que "acessórios" às estratégias de interacção social definidas pelos factores. Doutro modo, não seria explicável que a maior parte dos dois tipos de variáveis (clínicas e sociais) se projectassem separadamente no plano de representação factorial, nunca surgindo associadas entre si e ainda o facto de estudo clínico dos doentes, independente da análise factorial, revelar que os sintomas psicopatológicos, que não se agrupam às categorias sociais, tivessem sido efectivamente codificados nos sujeitos com a contribuição mais importante para cada extremo do eixo, isto é, para os perfis ou estratégias de relação interpessoal.

OS COMPONENTES PRINCIPAIS DA DESCRIÇÃO INTER-PESSOAL E PSICOPATOLÓGICA DOS ESQUIZOFRÉNICOS PARANÓIDES.

A separação entre os dois tipos de variáveis em estudo nesta amostra de esquizofrénicos paranóides, que se evidenciou ao nível dos primeiros factores da análise factorial das correspondências dos dados de

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

qualquer das quatro situações sociais, foi confirmada pela aplicação do método de análise em componentes principais. Este método parte da matriz de correlação, entre os sujeitos ou entre variáveis, de acordo se o que se pretende obter é, respectivamente, uma projecção das variáveis sobre o espaço dos sujeitos ou uma projecção dos indivíduos sobre o espaço das variáveis. Permite determinar a estrutura de um conjunto de variáveis interrelacionadas em termos de um conjunto mais simples de componentes ortogonais, isto é não correlacionados. Permite este método determinar as dimensões independentes contidas nos dados e confirmar a existência de agrupamentos ou "nuvens" de variáveis ou de sujeitos.

Aplicámos a análise dos componentes principais às matrizes de dados - sociais e psicopatológicos-recolhidos na amostra (50S X 40V), sendo os primeiros diferentes de acordo com a situação social que consideremos, facto que nos forçou a executar quatro análises matemáticas. Iremos descrever neste trabalho as análises feitas sobre as matrizes de correlação entre os esquizofrénicos paranóides, com as quais se obtém uma projecção das variáveis sobre o espaço definido pelos novos eixos ou dimensões ortogonais. Podemos observar na tabela seguinte que a percentagem de variância explicada pelos três primeiros factores é bastante elevada.

Tabela de % de variância explicada pelos 4 primeiros factores (análise dos componentes principais).

Situação Social	FACTORES			Total
	I	II	III	
1	63.3%	19.05%	3.41%	82.33%
2	70.05%	17.23%	3.67%	87.22%
3	69.70%	16.37%	3.98%	86.07%
4	70.34%	16.01%	4.4%	86.35%

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

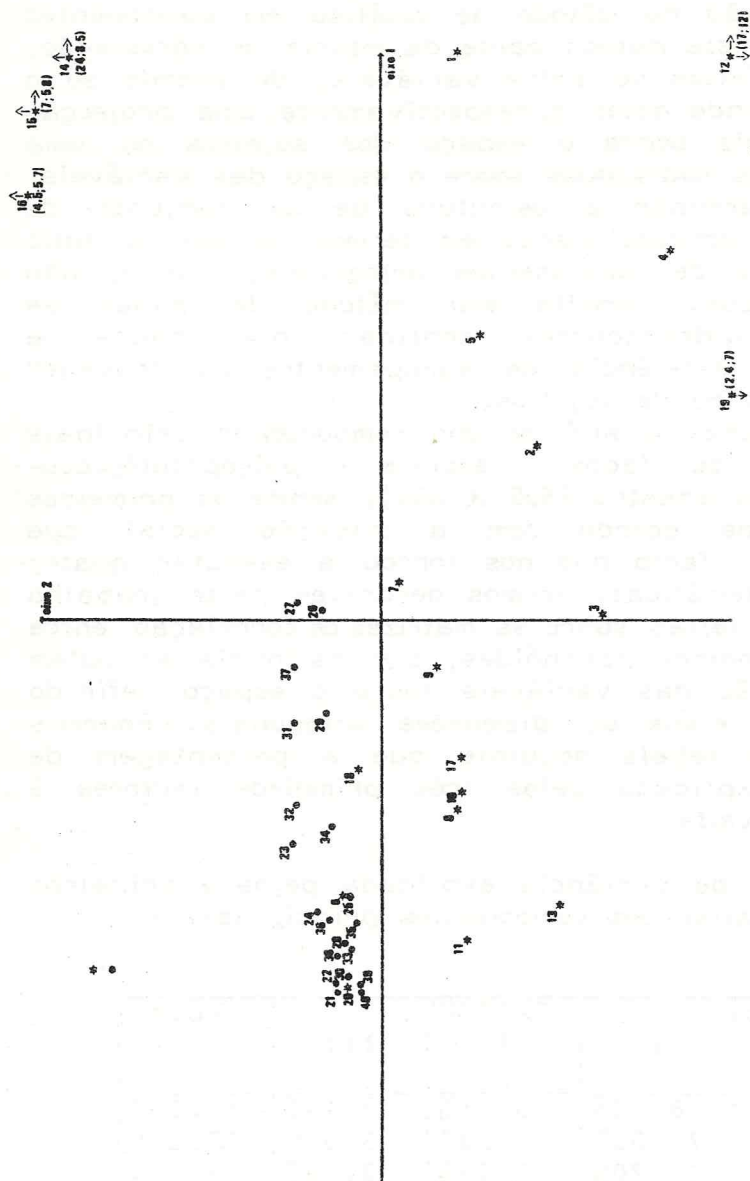


Gráfico V.13 - Análise dos componentes principais. Factores I e II. Esquizofrênicos Paranóides (N=50) descritos pelas categorias de relação interpessoal (20) e variáveis clínicas condensadas do AMDP (20). 1ª SITUAÇÃO SOCIAL.

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Pode aceitar-se como uma boa percentagem de explicação da variância total da amostra a que é explicada pelos dois primeiros factores, que têm um limiar de saturação superior a 0,300.

A projecção das variáveis no plano dos dois primeiros factores, que pode ser observada, para cada uma das situações sociais, nos gráficos V.13, V.14, V.15 e V.16, confirma a independência dos sintomas psicopatológicos em relação às categorias de relação interpessoal. Podemos observar que, em qualquer das representações, os sintomas formam uma "nuvem" no quadrante superior esquerdo afastados espacialmente das categorias interpessoais que têm uma distribuição mais dispersa pelos outros quadrantes. A categoria de relação interpessoal que fica mais próxima do agrupamento de sintomas psicopatológicos é a que corresponde às "declarações vivenciais". É uma interpretação relativamente fácil afirmar que os sintomas por serem na sua maior parte constituídos pelo relato das vivências do sujeito teriam uma natureza idêntica à categoria que engloba as declarações produzidas a partir de dados de referência (elementares ou não) elaborados e amplificados pela associação de experiências privadas do próprio. Pela análise dos gráficos podemos concluir que a componente dos sintomas psicopatológicos opõe-se à das categorias de relação interpessoal. Estas têm componentes relativamente independentes entre si, sobretudo nas dimensões: translação para o exterior com mudanças semânticas nos atributos e reorganização dos dados, dimensão de acentuação em uma ou mais dimensões do significado e uso de significantes "mediatos", dimensão de rigidez, dimensão de incapacidade e dimensão holofrástica. Em qualquer das situações sociais estas categorias surgem com independência estatística. Outras categorias não são linearmente independentes e formam um grupo, em qualquer das situações sociais. São as seguintes: definições da posição do próprio ou dos outros na relação(ou construção de uma identidade para o próprio ou para os outros), operações de construção de referências com dois ou mais níveis de inferência e

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

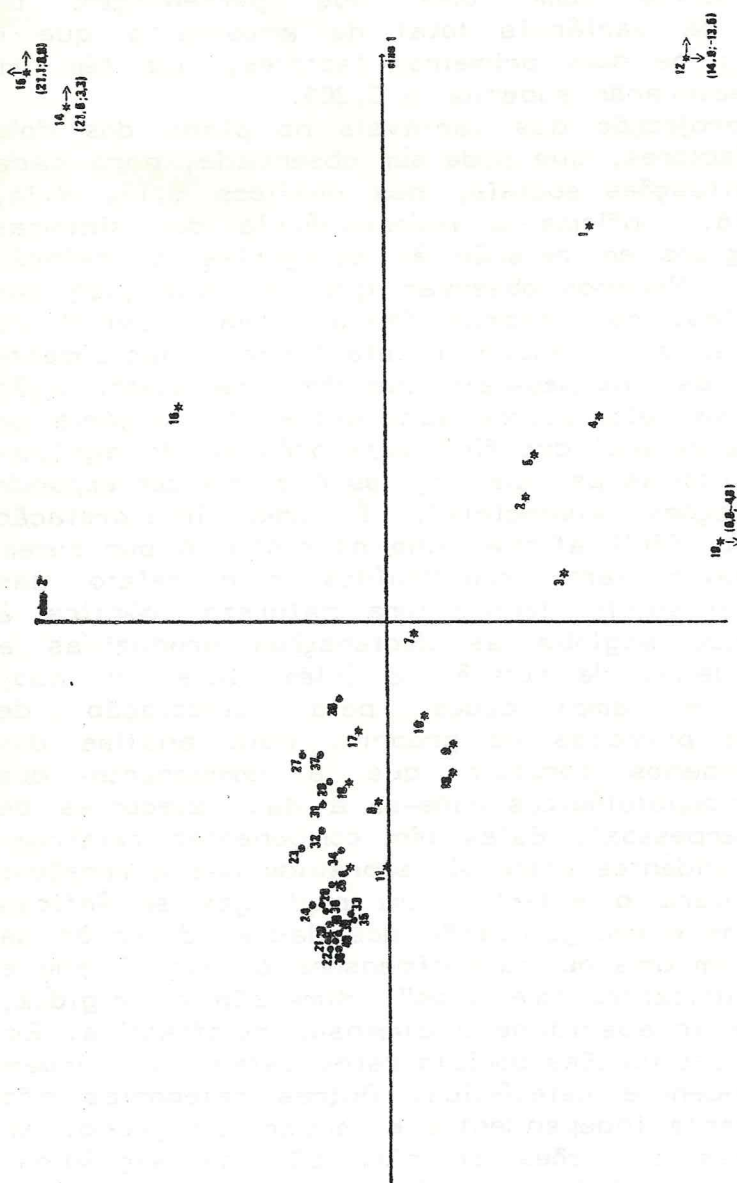


Gráfico V.14 - Análise dos componentes principais. Factores I e II. Esquizofrênicos Paranóides (N=50) descritos pelas categorias de relação interpessoal (20) e variáveis clínicas condensadas do AMDP (20). 2ª SITUAÇÃO SOCIAL.

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

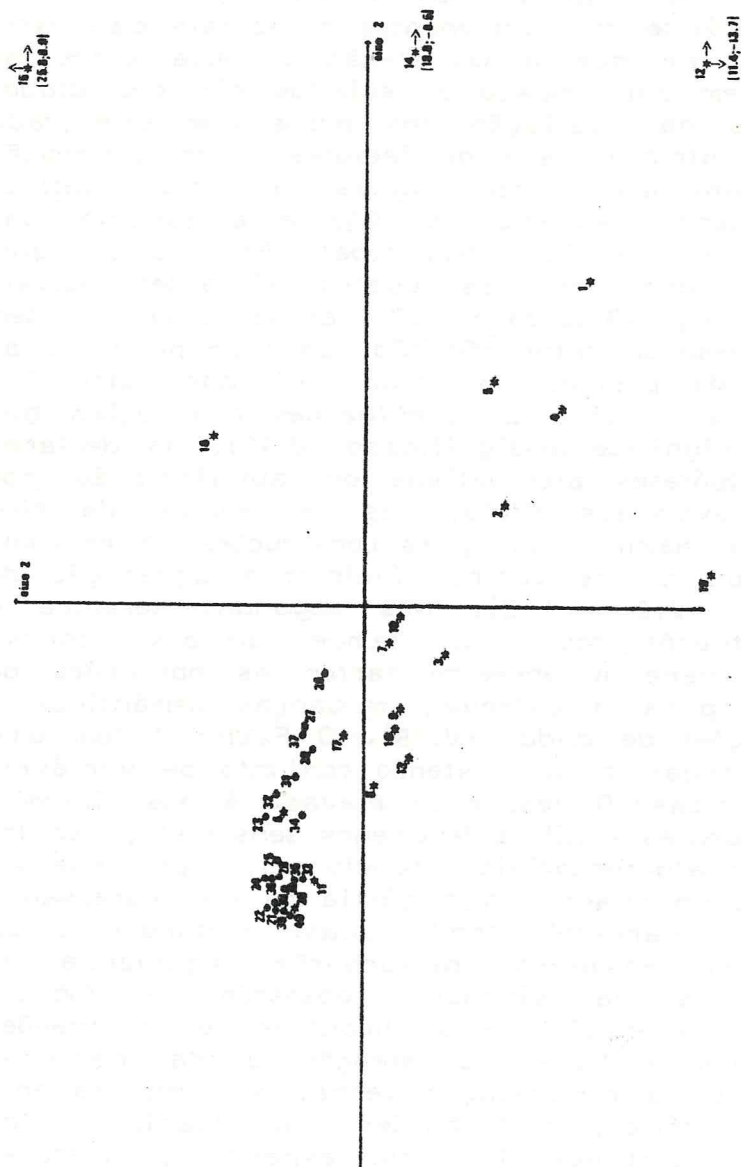


Gráfico V.15 - Análise dos componentes principais. Factores I e II. Esquizofrênicos Paranóides (N=50) descritos pelas categorias de relação interpessoal (20) e variáveis clínicas condensadas do AMDP (20). 3ª SITUAÇÃO SOCIAL.

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

agregações de referências. Este agrupamento de categorias de interacção pode ser observado no quadrante inferior direito dos gráficos citados.

Na análise dos componentes principais da matriz transposta, em que a correlação é feita entre as variáveis em cujo espaço os sujeitos são projectados constatámos na avaliação dos pesos com que cada variável contribui para os factores, uma separação entre os sintomas psicopatológicos mais significativos (com frequência superior a 10%) e a maioria das categorias de relação interpessoal. Para o primeiro factor, de qualquer das quatro situações sociais (Quadros 5.34, 5.35, 5.36 e 5.37), as variáveis que têm um maior peso ou saturação são, do lado positivo, as definições da posição do próprio ou dos outros na relação (V.4 e V.5), as acentuações e relações não usuais de significante-significado (V.12), as declarações de hipóteses alternativas ou autolimitação dos conteúdos expressos (V.13), as referências de elementaridade máxima (V.1), as construções de referências de dois ou de vários níveis e a agregação de referências (V.3 e V.2). Nas segunda, terceira e quartas situações sociais têm também um peso positivo e elevado para o primeiro factor as operações de translação para o exterior, mudanças semânticas e reorganizações de dados (V.19). O Factor I tem uma saturação negativa num extenso conjunto de variáveis psicopatológicas. O peso mais elevado é nos sintomas pouco frequentes - falsos fenómenos sensoriais, perturbações somato-sensoriais funcionais, perturbações vegetativas do quadro da angústia ou da depressão - seguido das variáveis condensadas: perturbações da memória e do pensamento, perturbações organizadas do pensamento e da vivência, obsessões e fobias, ansiedade, alterações dos impulsos e motivações básicas, perturbações da atenção e da memória, perturbações da comunicação verbal ou comportamento de grau psicótico, perturbações não organizadas do pensamento, sintomas da série expansiva, tristeza, disforias de grau elementar ou organizado e condutas que implicam o não reconhecimento da doença. Como

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

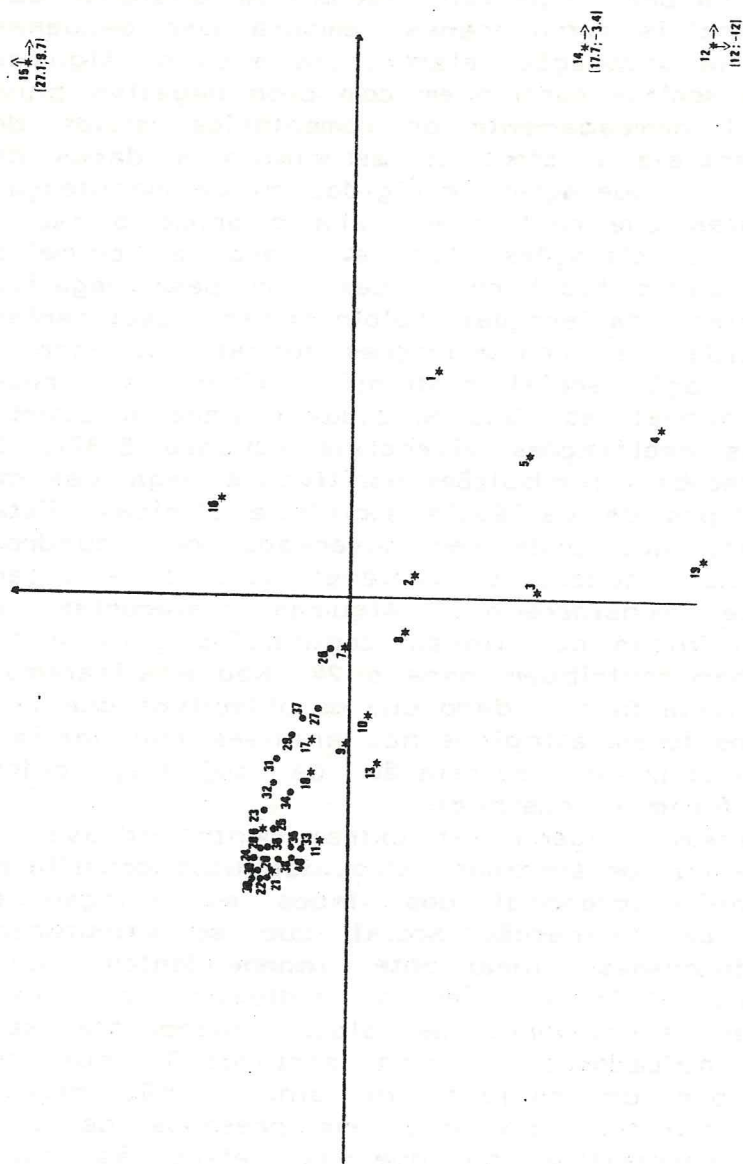


Gráfico V.16 - Análise dos componentes principais. Factores I e II. Esquizofrênicos Paranóides (N=50) descritos pelas categorias de relação interpessoal (20) e variáveis clínicas condensadas do AMDP (20). 4ª SITUAÇÃO SOCIAL.

podemos verificar nos Quadros 5.34 a 5.37, a maior parte dos sintomas psicopatológicos contribuem com um peso negativo para o primeiro factor, em qualquer das situações sociais consideradas, embora com pequenas diferenças na ordenação relativa dos mesmos. Algumas categoriais sociais contribuem com peso negativo para o Factor I nomeadamente os comentários mistos de dados vivenciais e afectivos associados a dados de referência e as operações de rigidez ou de manutenção das respostas que contribuem para o primeiro factor de todas as situações sociais. Para a primeira situação (Quadro 5.34) contribuem com peso negativo as categorias: declarações holofrásticas, declarações de incapacidade e caracterizações normativas. Para a terceira situação social contribui também as caracterizações normativas (Quadro 5.36) e para a quarta situação as declarações vivenciais (Quadro 5.37). O factor II recebe contribuições positivas e negativas de ambos os tipos de variáveis sociais e clínicas. Esta contribuição, que pode ser observada nos quadros anteriormente citados, é variável com a situação social que consideremos. Algumas categorias e variáveis clínicas que tinham contribuído para o 1º factor também contribuem para o 2º. Não analisaremos em detalhe este factor, dado que os objectivos que nos propunhamos foram atingidos nas análises que partiam de uma matriz de correlação de sujeitos, cujos resultados foram já descritos.

Poderemos sugerir ser extremamente provável a hipótese de que **os sintomas psicopatológicos constituem uma dimensão ortogonal dos dados em relação a categorias de interacção social que se estruturam noutras dimensões linearmente independentes.** Com elevada probabilidade quer os sintomas psicopatológicos quer as categorias de relação interpessoal são **variáveis indicadoras** de uma perturbação que se manifesta por um conjunto de sinais, não necessariamente clínicos. Estaremos em presença de uma situação, inespecífica no que se refere às suas manifestações de superfície, mas que se revela por uma profunda alteração na comunicação com os outros?

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

FACTOR I		FACTOR II	
VARIÁVEIS	PESO	VARIÁVEIS	PESO
Posição Propr/Just Pers/Auto-Constr	+723	Cont Ext/Translac/Reorg/"Drift"Sem	+701
Agreg/Constr Limit	+694	Constr Complex/Explor Hip	+570
Acentuações/Aorg/Signif Relat	+548	Acentuações/Aorg/Signif Relat	+547
Posição Alter/Alo-Constr	+533	Coment Mist	+496
Decl Altern	+500	Sintom Somato-Sens de Ansied e Depr	+477
Constr Complex/Explor Hip	+495	Decl Normativas	+448
Refer	+344	Falsos Pens Sens não Nec Psicót	+443
Não Reconhecim da Doença	-305	Série Expansiva	+411
Disforia de Grau Elem ou Org	-311	Pert Veget da Angústia	+368
Tristeza	-331	Alt dos Impuls e Mot Básicos	+329
Decl Normativas	-369	Afect Val Prop Neg/Rejei Prop	+325
Série Expansiva	-401	Pert de Memo e Atenção	-335
Alt do Pensamento não Org	-417	Alt Psicót de Percepção	-353
Alt de Comunic Verbal/Comp Gr Psic	-445	Incapacidade/Decl Impot	-354
Pert de Memo e Atenção	-448	Refer	-377
Incapacidade/Decl Impot	-461	Não Reconhecimento da Doença	-406
Rigid	-462	Alt do Pens e Vivência Org	-414
Alt dos Impuls e Mot Básicos	-490	Tristeza	-481
Ansiedade	-494	Rigid	-486
Obsessões e Fobias	-496	Alt do Eu	-570
Holof/Quholof	-500	Holof/Quholof	-638
Alt do Pens e Vivencia Org	-509		
Pert de Memo e Pens não Psicot	-542		
Coment Mist	-787		
Pert Veget da Angústia	-791		
Sinto Somato-Sens de Ansied e Depr	-798		
Falsos Pens Sens não Nec Psicót	-801		

Quadro 5.34 - Variáveis que contribuem para os factores principais.

Análise dos componentes principais. 1ª Situação social.

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

FACTOR I		FACTOR II	
VARIÁVEIS	PESO	VARIÁVEIS	PESO
Constr Complex/Explor Hip	+773	Afect Val Prop Posit/Coop Prop	+648
Agreg/Constr Limit	+653	Decl Normativas	+591
Posição Alter/Alo-Constr	+586	Inst Afectiva de Grau Elem ou Org	+586
Acentuações/Aorg/Signif Relat	+556	Cont Ext/Translac/Reorg/"Drift"Sem	+512
Refer	+490	Série Expansiva	+496
Cont Ext/Translac/Reorg/"Drift"Sem	+424	Acentuações/Aorg/Signif Relat	+459
Afect Val Prop Neg/Rejei Prop	+420	Alt dos Impuls e Mot Básicos	+417
Afect Val Alt Posit/Coop Alt	+304	Rigid	-358
Alt do Pens e Vivência Org	-316	Não Reconhecimento da Doença	-359
Decl Vivenc	-337	Pert de Memo e Atenção	-409
Série Expansiva	-363	Alt Psicót da Percepção	-415
Inst Afectiva de Grau Elem ou Org	-431	Incapacidade/Decl Impot	-429
Alt do Eu	-446	Alt do Pens e Vivência Org	-452
Disforia de Grau Elem ou Org	-497	Alt do Eu	-616
Ins Afectiva de Grau Elem ou Org	-551	Holof/Quholof	-671
Triteza	-556		
Pert de Memo e Atenção	-586		
Alt dos Impulsos e Mot Básicos	-590		
Rigid	-606		
Ansiedade	-623		
Alt do Pensamento não Org	-662		
Alt de Comun Verbal/Comp Gr Psicót	-715		
Pert de Memo e Pens não Psicót	-741		
Obsessões e Fobias	-779		
Coment Mist	-899		
Pert Veg da Angústia	-904		
Sintom Somato-Sens de Ansied e Depr	-908		
Falsos Pens Sens não Nec Psicót	-911		

Quadro 5.35 - Variáveis que contribuem para os factores principais.

Análise dos componentes principais. 2ª Situação social.

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

FACTOR I		FACTOR II	
VARIÁVEIS	PESO	VARIÁVEIS	PESO
Agreg/Constr Limit	+627	Afect Val Prop Pos/Coop Prop	+421
Posição Prop/Just Pers/Auto-Constr	+586	Decl Normativas	+380
Acentuações/Aorg/Signif Relat	+551	Coment Mist	+346
Refer	+545	Inst Afectiva de Grau Elem ou Org	+326
Posição Alter/Alo-Constr	+517	Acentuações/Aorg/Signif Relat	+316
Constr Complex/Explor Hip	+449	Afect Val Prop Negat/Rejei Prop	+302
Decl Altern	+402	Não Reconhecimento da Doença	-332
Cont Ext/Translac/Reorg/"Drift"Sem	+376	Alt Psicót da Percepção	-480
Alt Psicót de Percepção	-303	Incapacidade/Decl Impot	-543
Alt do Eu	-339	Alt do Pens e Vivência Org	-646
Disforia de Grau Elem ou Org	-435	Alt do Eu	-707
Série Expansiva	-521	Holof/Quholof	-783
Não Reconhecimento da Doença	-525		
Decl Normativas	-536		
Alt dos Impulsos e Mot Básicos	-557		
Tristeza	-604		
Inst Afectiva de Grau Elem ou Org	-654		
Rigid	-712		
Pert de Memò e Atenção	-714		
Alt do Pens não Org	-725		
Alt Com Verbal/Comport Gr Psicót	-772		
Coment Mist	-785		
Obsessões e Fobias	-791		
Pert de Memo e Pens não Psicót	-860		
Sintom Somato-Sens de Ansied e Depr	-929		
Pert Veget da Angústia	-932		
Falsos Pens Sens não Nec Psicót	-942		

Quadro 5.36 - Variáveis que contribuem para os factores principais.

Análise dos componentes principais. 3ª Situação social.

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

FACTOR I		FACTOR II	
VARIÁVEIS	PESO	VARIÁVEIS	PESO
Acentuações/Aorg/Signif Relat	+699	Sint Somato-Sens de Ansiedade e Dep	+648
Constr Complex/Explor Hip	+667	Alt Psicót da Percepção	+587
Posição Propr/Just Pers/Auto-Constr	+640	Afec Val Alt Posit/Coop Alt	+552
Posição Alter/Alo-Constr	+496	Alt do Eu	+530
Cont Ext/Translac/ Reorg/"Drift"Sem	+485	Alt do Pens e Vivência Org	+503
Agreg/Constr Limit	+348	Holof/Quholof	+404
Refer	+327	Afect Val Prop Posit/Coop Prop	+402
Série Expansiva	-315	Coment Mist	+313
Alt do Eu	-324	Disforia de Grau Elem ou Org	+302
Disforia de Grau Elem ou Org	-387	Constr Complex/Explor Hip	-301
Decl Vivenc	-430	Inst Afectiva de Grau Elem ou Org	-324
Não Reconhecimento da Doença	-432	Alt dos Impulsos e Mot Básicos	-339
Ansiedade	-524	Alt de Comunic Verbal/Comport Gr Psi	-360
Alt dos Impulsos e Mot Básicos	-565	Afect Val Prop Neg/Rejsi Prop	-384
Inst Afectiva de Grau Elem ou Org	-607	Posição Alter/Alo-Constr	-408
Tristeza	-626	Decl Normativas	-547
Coment Mist	-729	Decl Altern	-620
Pert de Memo e Atenção	-731		
Alt do Pensamento não Organizado	-733		
Rigid	-752		
Alt Comunic Verbal/Comp Gr Psic	-809		
Obsessões e Fobias	-827		
Pert de Memo e Pens não Psicót	-903		
Pert Veget da Angústia	-941		
Falsos Pens Sens não Nec Psicót	-946		

Quadro 5.37 - Variáveis que contribuem para os factores principais.

Análise dos componentes principais. 4ª Situação social.

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

DESCRIÇÃO CLÍNICA QUANTITATIVA (ESCALAS AMDP IV E V) DA AMOSTRA DE ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES

Nos estudos cujos resultados estivemos a analisar a descrição clínica quantitativa dos esquizofrênicos paranóides, do ponto de vista psicopatológico e somático, foi feita em conjunto com as categorias de interacção social. Foram ainda descritos, os perfis clínicos médios dos doentes que se associavam nos extremos dos primeiros factores extraídos na análise factorial das correspondências.

A natureza dos dados clínicos permite-nos estudar as características da amostra com o método de análise factorial, tomando em consideração para a descrição dos doentes os sintomas psicopatológicos isolados das variáveis sociais, com um valor quantificado pela escala AMDP IV e V e posteriormente condensado em cada uma das 20 variáveis clínicas. Num primeiro quadro de frequências (Quadro 5.39) podemos verificar que o sintoma mais frequente na amostra é formado pelas "alterações organizadas do pensamento e da vivência" que se manifestam em 92% dos doentes. Estes sintomas revelam a existência de uma actividade delirante actual, o que era previsível tendo em conta os critérios de amostragem que utilizámos (ver capítulo IV).

Em seguida, por ordem de frequência, é o sintoma "tristeza" que surge em 80% dos sujeitos. Se analisarmos os itens do AMDP que foram condensados sob esta designação, verificámos que a maioria dos doentes, que apresentam este sintoma, têm do ponto de vista clínico alterações do humor no sentido do desânimo, uma diminuição ou inibição da energia sobretudo evidenciada pela baixa da actividade, perda da capacidade de ressonância afectiva, vivências de insuficiência ou de perda das emoções, dos sentimentos ou das reacções emocionais, também designada por "indiferença afectiva" e ainda uma rigidez afectiva ou

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

QUADRO DE FREQUÊNCIAS DAS 20 VARIÁVEIS SINTOMÁTICAS

Amostra de Esquizofrênicos Paranóides (N=50)

QUADRO 5.39

Sintomas ou Itens condensados	Somatório das notas de cada item na amostra total	Frequência (nº de doentes por item)	% da amostra total
V. 21 - PERTURBAÇÕES DA CONSCIÊNCIA DE BASE ORGÂNICA	0	0	0
V. 22 - PERTURBAÇÕES FUNCIONAIS DA CONSCIÊNCIA	0	0	0
V. 23 - PERTURBAÇÕES DA ATENÇÃO E MEMÓRIA DE GRAU NÃO-PSICÓTICO	72	23	46%
V. 24 - PERTURBAÇÕES NÃO-PSICÓTICAS DA MEMÓRIA E DO PENSAMENTO	30	12	24%
V. 25 - PERTURBAÇÕES NÃO ORGANIZADAS DO PENSAMENTO	44	20	40%
V. 26 - PERTURBAÇÕES ORGANIZADAS DO PENSAMENTO E DA VIVÊNCIA	204	46	92%
V. 27 - ALTERAÇÕES DO EU	157	36	72%
V. 28 - OBSESSÕES E FOBIAS	27	18	36%
V. 29 - PERTURBAÇÕES PSICÓTICAS DA PERCEÇÃO	137	31	62%
V. 30 - FALSOS FENÔMENOS SENSORIAIS NÃO NECESSÁRIAMENTE PSICÓTICOS	1	1	2%
V. 31 - TRISTEZA	120	40	80%
V. 32 - ANSIEDADE	91	36	72%
V. 33 - SÉRIE EXPANSIVA	27	8	16%
V. 34 - DISFÓRIAS DE GRAU ELEMENTAR OU ORGANIZADO	80	28	56%
V. 35 - INSTABILIDADE AFECTIVA DE GRAU ELEMENTAR OU ORGANIZADO	25	14	28%
V. 36 - PERTURBAÇÕES DA COMUNICAÇÃO VERBAL OU COMPORTAMENTO DE GRAU PSICÓTICO	28	13	26%
V. 37 - CONDUTAS QUE IMPLICAM O NÃO RECONHECIMENTO DA DOENÇA	156	39	78%
V. 38 - ALTERAÇÃO DOS IMPULSOS E MOTIVAÇÕES BÁSICAS	15	5	10%
V. 39 - PERTURBAÇÕES VEGETATIVAS DO QUADRO DA ANGÚSTIA OU DA DEPRESSÃO	3	3	6%
V. 40 - PERTURBAÇÕES SOMATO-SENSORIAIS FUNCIONAIS	1	1	2%

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

uma redução da capacidade da modulação emocional. Um número menor de doentes possuem vivências de desvalorização ou de perda da auto-estima, uma tendência ao pessimismo ou à perda de esperança no futuro ou manifestam explicitamente a perda do gosto de viver. Os outros itens condensados neste sintoma, tais como perturbações dos afectos vitais e sentimentos de culpa ou de ruína (sem carácter delirante), foram codificados num número muito reduzido de doentes ou são mesmo inexistentes.

Em 78% dos doentes verificou-se que havia uma ausência do sentimento de estar doente ou de crítica da doença (sintoma condensado sob a designação de "condutas que implicam o não reconhecimento da doença"). Com frequência ligeiramente inferior (72%) foram codificados os sintomas englobados sob a designação de "alterações do Eu" e que correspondem às perturbações das vivências do Eu, isto é, aos distúrbios da unidade do Eu, da identidade da pessoa no tempo, da delimitação entre o Eu e o mundo exterior e da propriedade das vivências pessoais (desrealização, despersonalização, difusão do pensamento, roubo do pensamento e influenciamento do pensamento). Com idêntica frequência aos anteriores surge, nesta amostra, o sintoma condensado sob a designação de "ansiedade" que nestes doentes é constituído sobretudo pela tensão ansiosa, pela inquietação e intranquilidade interiores e pela ansiedade na relação social. As "alterações psicóticas da percepção" que englobam a actividade alucinatória (verbal, auditiva, visual, cinestésica ou olfactiva e gustativa) surgem em 62% dos doentes da amostra total de esquizofrénicos paranóides. Entre os restantes sintomas com menor frequência, vão revelar-se particularmente importantes, por surgirem de modo específico nos doentes que se separavam do ponto de vista da interacção social, os que estão ligados às perturbações da memória e da atenção ou da memória e do pensamento, às alterações não organizadas do pensamento, às alterações da série expansiva, às obsessões e fobias, às alterações de comunicação

verbal ou comportamento de grau psicótico e à instabilidade afectiva de grau elementar ou organizado. Como iremos verificar, estes sintomas, associados às disforias de grau elementar ou organizado e às alterações dos impulsos e motivações, são também importantes na caracterização dos agrupamentos que se constituem na análise dos sintomas do AMDP isolados. Existe um conjunto de sintomas, como já referimos anteriormente, que surge na amostra com uma percentagem mínima de ocorrência (inferior ou igual a 10%) e que são constituídos pelas alterações dos impulsos e motivações básicas (10%), perturbações vegetativas da angústia e da depressão (6%), perturbações somato-sensoriais funcionais (2%) e falsos fenómenos sensoriais não necessariamente psicóticos. O facto de contibuiem para a formação dos eixos factoriais de um modo significativo, nas análises anteriores e na que iremos descrever, deve-se ao facto já referido, de terem sido codificados em alguns dos doentes que também contribuíam para a formação do factor, embora o seu significado clínico não seja relevante.

Na amostra de esquizofrénicos paranóides não surgiu, em nenhum doente, sintomas relativos às perturbações da consciência de base orgânica ou funcional.

À matriz de 50 doentes definidos pelos 20 sintomas condensados do AMDP, foi aplicada uma análise factorial das correspondências. Verificámos nesta análise factorial, relativamente às análises feitas anteriormente em que intervinham as categorias sociais, que é menor a percentagem da variação total da amostra explicada pelos factores. Os quatro primeiros factores contribuem com 53,0% para a inércia total do sistema (21,5% no 1º factor, 15,5% no 2º factor, 8,4% no 3º factor e 7,6% no 4º factor). Observa-se, por conseguinte, na descrição dos sujeitos feita apenas pelos sintomas clínicos, uma menor concentração da informação do que na descrição feita com as categorias de interacção social. Recordemos, que neste último caso, os quatro primeiros factores

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

forneciam uma percentagem de explicação de 67,5% a 70,2%, sendo mais de 50% da variação total explicada nos dois primeiros factores.

Os resultados da análise das correspondências ao nível do 1º **factor** parecem particularmente interessantes. Verifica-se, no plano das variáveis (Quadro 5.40), uma contribuição importante para a formação do factor no lado positivo do eixo de dois sintomas pouco frequentes na amostra total: "alterações dos impulsos e motivações básicas" (V.38) com uma percentagem de contribuição de 27,6%, que nesta amostra de doentes corresponde principalmente às perturbações do funcionamento sexual (sobretudo à diminuição da libido e à perda subjectiva do prazer nas relações sexuais) que se opõe às "perturbações vegetativas da angústia e depressão" (V.39 com 5,99% de contribuição) no extremo negativo. Esta primeira oposição, embora com significado clínico limitado, dá-se entre algumas alterações psicofisiológicas motivacionais, por um lado, e a expressão periférica vegetativa das emoções por outro, facto que já tinha sido observado em anteriores análises. Tendo importância para a formação do 1º factor, observámos ainda a oposição entre dois agrupamentos de variáveis clínicas, que curiosamente também se associavam na análise factorial feita em conjunto com as categorias sociais.

Num dos lados do factor (positivo), com elevada percentagem de contribuição respectivamente 19,0% e 12,1%, posicionam-se os sintomas da "série expansiva" (V.33) associados à "instabilidade afectiva elementar ou organizada" (V.35) e ainda aos sintomas da "ansiedade" (V.32) que, no entanto, tem um menor significado para a formação do factor (3,29%). As primeiras duas variáveis condensadas são, nesta amostra de esquizofrénicos paranóides, constituídas pelos itens AMDP que englobam a aceleração do pensamento e do débito verbal, o sentimento subjectivo do aumento de energia, agrupadas principalmente com a expressão dos afectos feita de um modo desadequado com coexistência de afectos contraditórios e labilidade

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.38-Alter.Impulsos e Mot.Básicas	27.6	V.39-Pert.Vegetativa da Angústia/Dep.	5.99
V.33-Série Expansiva	19.0	V.27-Alterações do Eu	3.21
V.35-Instabilidade Afectiva Elementar ou Organizada	12.1	V.24-Pert.da Memória e Pensamento não Psicótico	3.06
V.32-Ansiedade	3.29	V.23-Pert.da Memória e Atenção	3.00

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib.	SUJEITOS	% de contrib.
E 39	19.04-MR	E 26	4.45-H
E 6	18.84-C	E 27	4.07-H
E 8	17.05-MR	E 5	4.03-H
E 1	10.76-MR	E 23	3.67-C
E 30	9.78-C	E 48	3.51-H
E 25	4.86-MR	E 47	3.46-MR
E 21	4.59-MR	E 19	3.40-H
E 50	4.04-MR	E 33	3.24-H
E 45	3.30-MR		

QUADRO 5.40 - FACTOR 1 (Taxa de inércia - 21,2%)

Amostra de ESQUIZOFRENICOS (N=50)-

Análise Factorial das correspondências - 20 variáveis clinicas (AMDP)

MR-Modificadores da Realidade; H-Redutores; C-Incaracterísticos

afectiva.

Opõe-se, no lado negativo do eixo, a este agrupamento a conjugação entre as "alterações do Eu" (V.27), as "perturbações da memória e do pensamento" (V.24), e as "perturbações da memória e da atenção" (V.23). Qualquer dos dois agrupamentos de variáveis tinha surgido no 1º factor e no 3º e 4º factores da análise factorial anterior. O seu reaparecimento no 1º factor desta análise feita apenas com dados clínicos, leva-nos a colocar a hipótese que correspondam a um eventual padrão psicopatológico, que caracterizaria clinicamente subgrupos de esquizofrénicos da amostra total.

Analizando o que se passa ao nível dos sujeitos (Quadro 5.40) é muito curioso notar que apesar desta análise não incluir as categorias sociais como variáveis, os dois subgrupos de doentes que se separam nos extremos deste eixo são, na sua grande maioria, constituídos no lado positivo, pelos esquizofrénicos paranóides cujo perfil de interacção é distorcido e distanciado da realidade - designados por "modificadores reorganizativos" - e no lado negativo pelos doentes cujo perfil é "reductor". Embora uma elevada percentagem dos doentes da amostra, esteja na zona central do eixo, no plano da projecção espacial (Gráfico V.13) e não contribua de um modo relevante para o factor, não deixa de ser interessante verificar o paralelismo dos dois factos citados, isto é, dos resultados das duas análises factoriais com variáveis de diferente natureza.

Ao nível do 2º factor esta separação já não se verifica. Os sujeitos que se agrupam nos extremos do eixo 2 são, do lado positivo e negativo, uma mistura dos dois tipos de esquizofrénicos considerados do ponto de vista da sua interacção social, embora do lado negativo haja um predomínio de esquizofrénicos "reductores" de realidade. Neste factor (Quadro 5.41), verificámos que para além da contribuição para cada um dos extremos de duas variáveis condensadas pouco frequentes: "perturbações somato-sensoriais funcionais" (V.40 com 8,87% de contribuição) e "falsos fenómenos

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.40-Sint.Somato-Sens.	8.87	V.30-Falsos Fenomenos Sensoriais	19.07
V.33-Série Expansiva	5.90	V.36-Alt.da Con.Verbal e Comportamento	15.17
V.29-Alt.Psicónicas da Percepção	4.65	V.24-Pert.da Memória e Pensamento	10.52
V.27-Alteração do Eu	4.21	V.28-Obsessões e Fobias	6.67
		V.32-Ansiedade	4.90

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib.	SUJEITOS	% de contrib.
E 26	7.91-H	E 28	10.23-MR
E 50	6.26-MR	E 40	3.95-H
E 47	6.00-MR	E 43	8.91-H
E 45	5.64-MR	E 34	8.83-C
E 46	5.31-C	E 7	8.11-H
E 19	5.21-H	E 2	7.25-H
E 25	4.84-MR	E 18	7.23-H
E 5	4.43-H	E 12	6.81-H
E 36	4.21-MR	E 48	5.40-H
E 3	3.77-MR	E 41	5.39-H
E 33	3.55-H	E 13	5.09-H
E 49	3.49-C	E 39	4.12-MR
E 27	3.42-H	E 1	3.14-MR
E 42	3.14-C		

QUADRO 5.41- FACTOR 2 (Taxa de inércia 15,5%)

Amostra de ESQUIZOFRÊNICOS (N=50)

Análise Factorial das correspondências-20 variáveis clínicas (AMDP)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

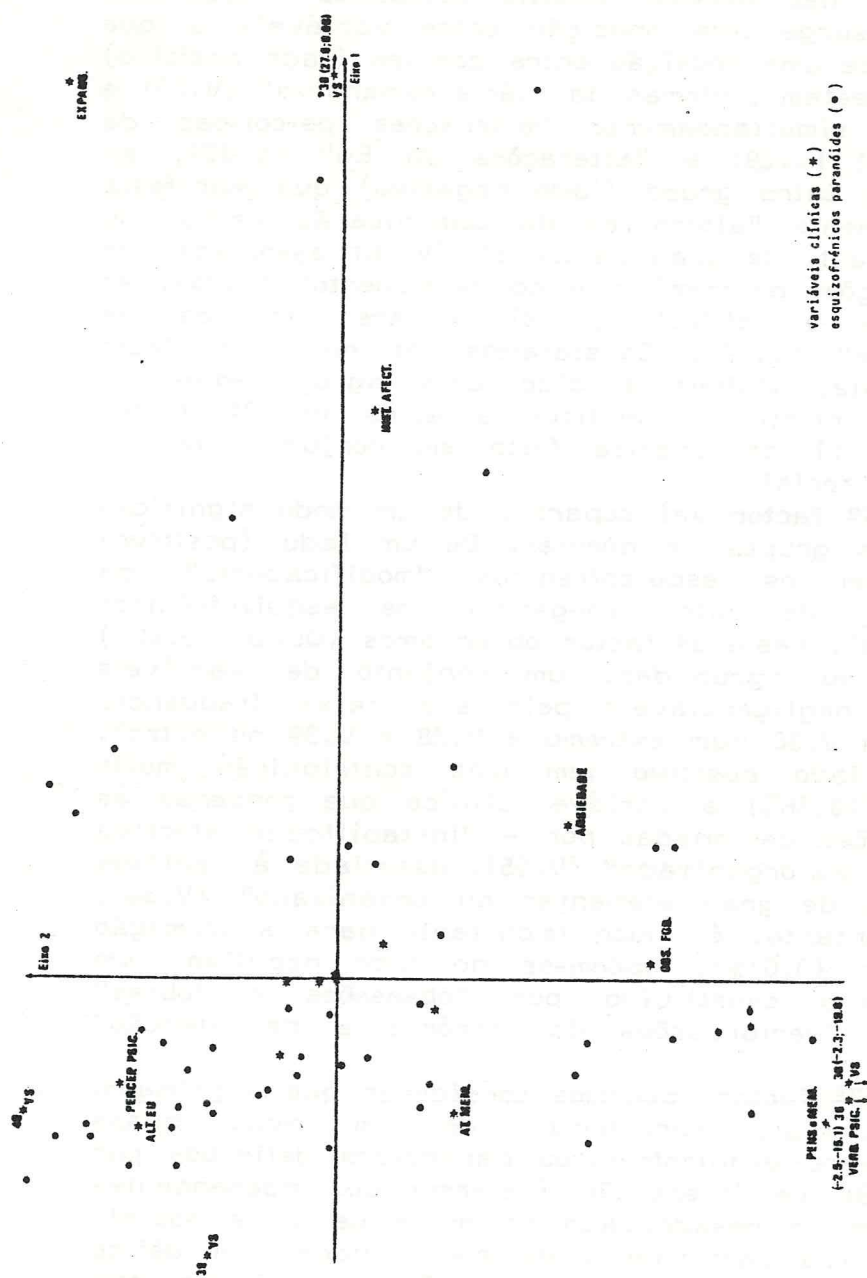


Gráfico V.17 - Análise Fatorial das Correspondências. Esquizofrênicos Paranóides (N=50) descritos pelas 20 variáveis clínicas.

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

sensoriais não necessariamente psicóticos" (V.30 com 19,07%), surge uma oposição entre variáveis a que corresponde uma oposição entre doentes (lado positivo) que manifestam sintomas da "série expansiva" (V.33) e que tem simultaneamente "alterações psicóticas da percepção" (V.29) e "alterações do Eu" (V.27), em relação a outro grupo (lado negativo) que manifesta principalmente "alterações da comunicação verbal ou comportamento de grau psicótico" (V.36) associadas às "perturbações da memória e do pensamento" (V.24), às "obsessões e fobias" (V.28) e aos sintomas da "ansiedade" (V.32). Constatámos de novo um facto interessante, tinham surgido dois agrupamentos de variáveis clínicas, idênticos a estes no 3º factor (situação 1) da análise feita em conjunto com as variáveis sociais.

O 3º factor vai separar, de um modo significativo, dois grupos de doentes. De um lado (positivo) predominam os esquizofrénicos "modificadores" da realidade, do outro (negativo) os esquizofrénicos "redutores". Neste 3º factor observámos (Quadro 5.42) isoladas ou agrupadas, um conjunto de variáveis clínicas, negligenciáveis pela sua baixa frequência (V.40 com V.30 num extremo e V.38 e V.39 no outro). Para o lado positivo tem uma contribuição muito elevada (10,56%) a variável clínica que condensa as perturbações designadas por - "instabilidade afectiva elementar ou organizada" (V.35), associada à variável "disforias de grau elementar ou organizado" (V.34), que no entanto, é pouco importante para a formação do factor (3,01%). Opõem-se no lado negativo, um agrupamento constituído por "obsessões e fobias" (V.28) e "perturbações da memória e da atenção" (V.23).

No 3º factor, podemos considerar que o primeiro polo factorial, caracteriza de um modo quase específico os esquizofrénicos paranóides definidos por um padrão de interacção (determinado independentemente), muito desadequado do ponto de vista social, que têm uma perturbação da afectividade com défice da modulação emocional, expressão dos afectos com

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.35-Instabilidade Afectiva Elementar ou Organizada	10.56	V.38-Alt.dos Impulsos e Mot.Básicos	10.05
V.40-Sint.Somato-Sens.	9.76	V.39-Pert.Vegetativas da Angustia/Dep.	9.96
V.34-Disforias de Grau Elementar ou Organizado	3.01	V.28-Obsessões e Fobias	6.27
		V.24-Pert. da Memória e Atenção	3.80

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib.	SUJEITOS	% de contrib.
E 21	9.96-MR	E 6	7.51-H
E 32	9.29-MR	E 39	6.69-MR
E 11	9.19-MR	E 9	4.68-H
E 12	7.59-C	E 5	3.89-H
E 45	4.56-MR	E 43	3.78-H
E 10	4.22-MR	E 48	3.74-H
E 3	3.05-MR	E 25	3.29-MR
		E 27	3.20-H
		E 47	3.10-MR

QUADRO 5.42 - FACTOR 3 (Taxa de inércia 8,4%)

Amostra de ESQUIZOFRÊNICOS (N=50)

Análise Factorial das correspondências-20 variáveis clínicas (AMDP)

marcada instabilidade e coexistência de sentimentos vívidos como contraditórios. Estes doentes, podem eventualmente manifestar simultaneamente, uma acentuada irritabilidade, tendência à agressividade dirigida contra si ou contra os outros e evidenciar um comportamento com exacerbação da motricidade. A este padrão psicopatológico, estão em oposição os esquizofrénicos que têm tendência a uma ideação incoercível e repetitiva, de natureza obsessiva, associada a dificuldades cognitivas de tipo operacional (atenção e memória).

O 4º factor não acrescenta informação em relação ao 3º factor, conduzindo à oposição entre o mesmo tipo de variáveis psicopatológicas. Por este motivo não o incluiremos na análise.

O "PERFIL" DE RELAÇÃO INTERPESSOAL DA ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE E O "PERFIL DA NORMALIDADE"

A segunda parte deste trabalho consiste num estudo comparativo das formas de interacção social, em pequenos grupos, entre doentes esquizofrénicos paranóides e sujeitos voluntários normais. Tem feito parte integrante dos trabalhos de investigação do grupo de Psicologia Médica, desde há alguns anos, a exploração das relações entre as categorias sociais e vários grupos de diagnóstico. Os "perfis" de interacção social e um conjunto de transformações efectuadas sobre os dados da realidade que caracterizam as diversas perturbações psicopatológicas e a "normalidade", foram publicados em "System's Psychopathology" (J. S. Fonseca e col. 1982). O estudo actual, no prosseguimento desta investigação, visa a confirmação dos padrões de separação e das afinidades entre a interacção social "normal" e a "esquizofrénica", analisadas de um ponto de vista científico e rigoroso com a aplicação do modelo experimental de

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

relações interpessoais cujos resultados temos vindo a descrever.

A amostra total de esquizofrénicos paranóides e voluntários normais (65 sujeitos), descritos pelas 20 categorias de interacção social, foi submetida aos mesmos métodos de análise matemática e estatística multivariada aplicados à amostra patológica: análise factorial das correspondências, método de classificação dos K-Centróides e análise discriminativa multivariada. Não faz sentido, como é evidente, a utilização dos sintomas psicopatológicos na descrição dos sujeitos da matriz actual, quer de um ponto de vista estatístico (número excessivo de valores nulos), quer de uma intenção explicativa ou interpretativa, dada a inclusão na amostra de sujeitos normais.

Na Análise Factorial das Correspondências, aplicada separadamente às quatro situações sociais, é elevada a percentagem de variância (ou de taxa de inércia do sistema) explicada pelos 4 primeiros factores, superior a 60% (63,80% na primeira situação social, 65,9% na segunda situação, 65,6% na terceira situação e 66% na quarta situação). O primeiro factor, nas quatro situações sociais, contribui com valores entre 31% e 36% conforme as situações, e o 2º factor explica em média 15% da variância total da amostra.

Constatámos **no conjunto das quatro situações sociais**, no plano das variáveis, que de um modo geral os agrupamentos situados nos extremos do **1º factor** da actual análise são praticamente sobreponíveis às associações ou padrões de categorias sociais, dos dois modos ou "perfis" de relação interpessoal, descritos na análise factorial feita apenas com doentes esquizofrénicos paranóides.

A introdução dos sujeitos normais na matriz de dados produz, ao nível do 1º factor, algumas alterações nos padrões de categorias de interacção social, embora de significado reduzido, quando confrontados com os resultados factoriais obtidos a partir da matriz dos esquizofrénicos paranóides (Quadros comparativos 5.43 a 5.46). As categorias sociais, designadas por "nucleares" enquanto elementos

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

QUADRO COMPARATIVO 5.43- ANÁLISE FACTORIAL DE CORRESPONDÊNCIAS

SITUAÇÃO 1. FACTOR 1. VARIÁVEIS (Por ordem de contribuição ao factor)

AMOSTRA DE ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES (N=50)		AMOSTRA CONJUNTA DE ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES E SUJEITOS NORMAIS (N=65)
POLO +	DECLARAÇÕES DE INCAPACIDADE (V.16) RIGIDEZ (V.15) RESPOSTAS HOLOFRÁSTICAS (V.14) DECLARAÇÕES VIVENCIAIS (V.6)	DECLARAÇÕES DE INCAPACIDADE (V.16) RIGIDEZ (V.15) RESPOSTAS HOLOFRÁSTICAS (V.14) DECLARAÇÕES VIVENCIAIS (V.6) COMENTÁRIOS MISTOS (V.20)
	COMENTÁRIOS MISTOS (V.20) REFERÊNCIAS ELEMENTARES (V.1) AFECTO E VALOR ALTER + (V.7) AJUDA TERAPÊUTICA (V.18)	REFERÊNCIAS ELEMENTARES (V.1) AFECTO E VALOR ALTER + (V.7) AJUDA TERAPÊUTICA (V.18)
POLO -	TRANSLAÇÕES, REORGANIZAÇÕES, MUDANÇAS SEMÂNTICAS (V.19) DECLARAÇÕES NORMATIVAS (V.11) CONSTRUÇÕES COMPLEXAS (V.3) DECLARAÇÕES ALTERNATIVAS (V.13) ACENTUAÇÕES E RELAÇÕES DE SIGNIFICADO (V.12) AFECTO E VALOR ALTER - (V.8) AFECTO E VALOR PRÓPRIO - (V.10) JUSTIFICAÇÕES VIVENCIAIS E DE DOENÇA (V.17)	TRANSLAÇÕES, REORGANIZAÇÕES, MUDANÇAS SEMÂNTICAS (V.19) DECLARAÇÕES NORMATIVAS (V.11) ACENTUAÇÕES E RELAÇÕES DE SIGNIFICADO (V.12) DECLARAÇÕES ALTERNATIVAS (V.13) CONSTRUÇÕES COMPLEXAS (V.3) JUSTIFICAÇÕES VIVENCIAIS E DE DOENÇA (V.17) AFECTO E VALOR PRÓPRIO - (V.10) AFECTO E VALOR ALTER - (V.8)
	POSIÇÃO PRÓPRIA (V.4) CONSTRUÇÕES LIMITADAS E AGREGAÇÕES (V.2) AFECTO E VALOR PRÓPRIO + (V.9) POSIÇÃO ALTER (V.5)	POSIÇÃO PRÓPRIA (V.4) AFECTO E VALOR PRÓPRIO + (V.9) CONSTRUÇÕES LIMITADA E AGREGAÇÕES (V.2) POSIÇÃO ALTER (V.5)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

constituintes dos padrões ou agrupamentos "básicos", permanecem constantes ao longo das situações sociais. As modificações observadas nos agrupamentos (variáveis e sujeitos) no primeiro factor desta análise actual, consistem em diferenças na ordenação da percentagem de contribuição ao factor e mesmo na subida de importância de certas categorias ou de certos doentes que, na análise anterior estavam na zona central do eixo e que passam a contribuir para um ou para o outro dos polos factoriais.

No primeiro factor, extraído da matriz conjunta de esquizofrénicos paranóides e sujeitos normais, verificámos o reaparecimento da oposição entre os dois padrões básicos de categorias de relação interpessoal ou operações de identificação de dados usados pelos sujeitos, organizadas em estratégias ou modos de lidar com a realidade social:

a) Uma interacção limitada e repetitiva, com incapacidade declarada e introdução de dados vivenciais que possuem uma certa ligação ao referencial; b) uma interacção distanciada da realidade e deslocada, no tempo e espaço, em relação à situação social de experiência, com construção de hipóteses elaboradas numa forma complexa e altamente distorcidas, reorganização dos dados por alterações semânticas (localizadas ou parciais) mas que modificam totalmente o significado da enunciação, mudanças semânticas globais dos atributos, simbolização de dados usados como significantes, introdução de caracterizações normativas num contexto social alterado, declaração de hipóteses alternativas sem resolução da indecisão ou introdução de restrições às declarações verbais, perfil que corresponde, globalmente a uma acentuada perda de ligação ao referencial.

Estes dois perfis podem, por analogia, ser designados com a mesma denotação dos anteriores de acordo com o grau e tipo de alteração da realidade social. Corresponde o primeiro padrão de categorias ao perfil dos sujeitos que restringem os dados da realidade -"redutores"- e o segundo perfil aos sujeitos

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

QUADRO COMPARATIVO 5.44 - ANÁLISE FACTORIAL DE CORRESPONDÊNCIAS

SITUAÇÃO 2. FACTOR 1. VARIÁVEIS

(Por ordem de contribuição ao factor)

AMOSTRA DE ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES (N=50)		AMOSTRA CONJUNTA DE ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES E SUJEITOS NORMAIS (N=65)
POLO +	TRANSLAÇÕES, REORGANIZAÇÕES, MUDANÇAS SEMÂNTICAS (V.19) DECLARAÇÕES NORMATIVAS (V.11) DECLARAÇÕES ALTERNATIVAS (V.13) ACENTUAÇÕES E RELAÇÕES DE SIGNIFICADO (V.12) CONSTRUÇÕES COMPLEXAS (V.3) AFECTO E VALOR PRÓPRIO + (V.9) POSIÇÃO PRÓPRIA (V.4)	TRANSLAÇÕES, REORGANIZAÇÕES, MUDANÇAS SEMÂNTICAS (V.19) DECLARAÇÕES NORMATIVAS (V.11) DECLARAÇÕES ALTERNATIVAS (V.13) ACENTUAÇÕES E RELAÇÕES DE SIGNIFICADO (V.12) CONSTRUÇÕES COMPLEXAS (V.3) AFECTO E VALOR PRÓPRIO + (V.9) POSIÇÃO PRÓPRIA (V.4)
	CONSTRUÇÕES LIMITADAS E AGREGAÇÕES (V.2) AFECTO E VALOR PRÓPRIO - (V.10) POSIÇÃO ALTER (V.5) AFECTO E VALOR ALTER - (V.8) REFERÊNCIAS ELEMENTARES (V.1) JUSTIFICAÇÕES VIVENCIAIS E DE DOENÇA (V.17) DECLARAÇÕES VIVENCIAIS (V.6) AFECTO E VALOR ALTER + (V.7)	CONSTRUÇÕES LIMITADA E AGREGAÇÕES (V.2) DECLARAÇÕES VIVENCIAIS (V.6) REFERÊNCIAS ELEMENTARES (V.1) AFECTO E VALOR ALTER - (V.8) POSIÇÃO ALTER (V.5) AFECTO E VALOR PRÓPRIO - (V.10) JUSTIFICAÇÕES VIVENCIAIS E DE DOENÇA (V.17) AFECTO E VALOR ALTER + (V.7)
POLO -	DECLARAÇÕES DE INCAPACIDADE (V.16) RIGIDEZ (V.15) RESPOSTAS HOLOFRÁSTICAS (V.14)	RIGIDEZ (V.15) DECLARAÇÕES DE INCAPACIDADE (V.16) RESPOSTAS HOLOFRÁSTICAS (V.14)
ZONA CENTRAL -	COMENTÁRIOS MISTOS (V.20) AJUDA TERAPEUTICA (V.18)	COMENTÁRIOS MISTOS (V.20) AJUDA TERAPEUTICA (V.18)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

que modificam e reorganizam esses mesmos dados ("modificadores" ou "modificadores reorganizativos"). No plano dos sujeitos, em qualquer das situações sociais, os voluntários normais e os esquizofrênicos paranóides associam-se nos dois extremos do eixo 1 e na zona central.

Os doentes esquizofrênicos paranóides posicionam-se, com uma contribuição muito semelhante à que tinha sido obtida na análise anterior, sem os normais (Quadros comparativos 5.47 a 5.50), com diferenças no ordenamento relativo das contribuições ao factor. A analogia que se observa no plano dos doentes, é não só referente aos que são mais significativos para os extremos factoriais, como à elevada percentagem de manutenção dos posicionamentos relativos, ao longo das situações sociais. Quando muda o contexto social, na situação subsequente, alguns doentes "deslocam-se" de uma posição central para um dos extremos factoriais, contribuindo significativamente para os perfis de interacção característicos. No entanto não se verifica em nenhum caso, a mudança de um padrão para o oposto de uma situação para a seguinte. Este facto já se verifica em relação aos normais. Na primeira situação social estão, na sua grande maioria (73%) situados em correspondência com o perfil "redutor" ficando os restantes na zona central. Na segunda situação social para este perfil contribui apenas um sujeito normal. A maioria dos restantes sujeitos normais posiciona-se na zona central, havendo três que passam a contribuir significativamente para o padrão oposto - "modificador"- (lado positivo). Na terceira situação social, esta contribuição passa a ser dada por cerca de metade dos sujeitos normais (47%) ficando os restantes no centro do factor, próximos do polo positivo; apenas dois sujeitos estão projectados no centro, periféricos à zona do padrão "redutor"(lado negativo). Finalmente, na quarta situação social, permanece apenas um sujeito normal na zona central periférica ao extremo "redutor", aumenta o quantitativo dos que contribuem para o padrão "modificador"

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

QUADRO COMPARATIVO 5.45 - ANÁLISE FACTORIAL DE CORRESPONDÊNCIAS

SITUAÇÃO 3. FACTOR 1. VARIÁVEIS (Por ordem de contribuição ao factor)

AMOSTRA DE ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES (N=50)		AMOSTRA CONJUNTA DE ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES E SUJEITOS NORMAIS (N=65)
POLO +	TRANSLAÇÕES, REORGANIZAÇÕES, MUDANÇAS SEMÂNTICAS (V.19) DECLARAÇÕES NORMATIVAS (V.11) COMENTÁRIOS MISTOS (V.20) ACENTUAÇÕES E RELAÇÕES DE SIGNIFICADO (V.12) DECLARAÇÕES ALTERNATIVAS (V.13) CONSTRUÇÕES COMPLEXAS (V.3) AFECTO E VALOR ALTER - (V.8) JUSTIFICAÇÕES VIVENCIAIS E DE DOENÇA (V.17) AFECTO E VALOR PRÓPRIO - (V.10) AFECTO E VALOR PRÓPRIO + (V.9) CONSTRUÇÕES LIMITADAS E AGREGAÇÕES (V.2) AJUDA E TERAPÊUTICA (V.18) POSIÇÃO PRÓPRIA (V.4)	TRANSLAÇÕES, REORGANIZAÇÕES, MUDANÇAS SEMÂNTICAS (V.19) COMENTÁRIOS MISTOS (V.20) DECLARAÇÕES NORMATIVAS (V.11) DECLARAÇÕES ALTERNATIVAS (V.13) ACENTUAÇÕES E RELAÇÕES DE SIGNIFICADO (V.12) CONSTRUÇÕES COMPLEXAS (V.3) AFECTO E VALOR ALTER - (V.8) CONSTRUÇÕES LIMITADAS E AGREGAÇÕES (V.2) JUSTIFICAÇÕES VIVENCIAIS E DE DOENÇA (V.17) AFECTO E VALOR PRÓPRIO - (V.10) AFECTO E VALOR PRÓPRIO + (V.9) POSIÇÃO PRÓPRIA (V.4)
ZONA CENTRAL	POSIÇÃO ALTER (V.5) REFERÊNCIAS ELEMENTARES (V.1) AFECTO E VALOR ALTER + (V.7)	AJUDA E TERAPÊUTICA (V.18) DECLARAÇÕES VIVENCIAIS (V.6) REFERÊNCIAS ELEMENTARES (V.1) POSIÇÃO ALTER (V.5) AFECTO E VALOR ALTER + (V.7)
POLO -	RIGIDEZ (V.15) DECLARAÇÕES DE INCAPACIDADE (V.16) RESPOSTAS HOLOFRÁSTICAS (V.14)	RIGIDEZ (V.15) DECLARAÇÕES DE INCAPACIDADE (V.16) RESPOSTAS HOLOFRÁSTICAS (V.14)
ZONA CENTRAL -	DECLARAÇÕES VIVENCIAIS (V.6)	

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

QUADRO COMPARATIVO 5.46 - ANÁLISE FACTORIAL DE CORRESPONDÊNCIAS

SITUAÇÃO 4. FACTOR 1. VARIÁVEIS (Por ordem de contribuição ao factor)

AMOSTRA DE ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES (N=50)		AMOSTRA CONJUNTA DE ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES E SUJEITOS NORMAIS (N=65)
POLO +	TRANSLAÇÕES, REORGANIZAÇÕES, MUDANÇAS SEMÂNTICAS (V.19) DECLARAÇÕES NORMATIVAS (V.11) DECLARAÇÕES ALTERNATIVAS (V.13) CONSTRUÇÕES COMPLEXAS (V.3) JUSTIFICAÇÕES VIVENCIAIS E DE DOENÇAS (V.17) POSIÇÃO PRÓPRIA (V.4) ACENTUAÇÕES E RELAÇÕES DE SIGNIFICADO (V.12) POSIÇÃO ALTER (V.5) CONSTRUÇÕES LIMITADAS E AGREGAÇÕES (V.2) COMENTÁRIOS MISTOS (V.20) AFECTO E VALOR PRÓPRIO + (V.9)	DECLARAÇÕES NORMATIVAS (V.11) TRANSLAÇÕES, REORGANIZAÇÕES, MUDANÇAS SEMÂNTICAS (V.19) CONSTRUÇÕES COMPLEXAS (V.3) DECLARAÇÕES ALTERNATIVAS (V.13) DECLARAÇÕES VIVENCIAIS (V.6) POSIÇÃO PRÓPRIA (V.4) CONSTRUÇÕES LIMITADAS E AGREGAÇÕES (V.2) JUSTIFICAÇÕES VIVENCIAIS E DE DOENÇAS (V.17) ACENTUAÇÕES E RELAÇÕES DE SIGNIFICADO (V.12) POSIÇÃO ALTER (V.5)
ZONA CENTRAL +	AJUDA TERAPÊUTICA (V.18) AFECTO E VALOR ALTER - (V.8) AFECTO E VALOR PRÓPRIO - (V.10) REFERÊNCIAS ELEMENTARES (V.1) AFECTO E VALOR ALTER - (V.7)	COMENTÁRIOS MISTOS (V.20) AFECTO E VALOR ALTER - (V.8) AFECTO E VALOR PRÓPRIO + (V.9) AJUDA TERAPÊUTICA (V.18) AFECTO E VALOR PRÓPRIO - (V.10) REFERÊNCIAS ELEMENTARES (V.1) AFECTO E VALOR ALTER - (V.7)
POLO -	RIGIDEZ (V.15) DECLARAÇÕES DE INCAPACIDADE (V.16)	RIGIDEZ (V.15) DECLARAÇÕES DE INCAPACIDADE (V.16)
ZONA CENTRAL -	RESPOSTAS HOLOFRÁSTICAS (V.14) DECLARAÇÕES VIVENCIAIS (V.6)	RESPOSTAS HOLOFRÁSTICAS (V.14)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

QUADRO COMPARATIVO 5.47 - ANÁLISE FACTORIAL DE CORRESPONDÊNCIAS

SITUAÇÃO 1. FACTOR 1. SUJEITOS (Por ordem de contribuição ao factor)

AMOSTRA DE ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES (N=50)		AMOSTRA CONJUNTA DE ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES E SUJEITOS NORMAIS (N=65)
POLO +	<u>E19, E4, E40, E20, E6, E41, E43, E31,</u> <u>E37, E24, E13, E7, E38, E14, E2, E26,</u> <u>E5, E33, E9, E48</u>	<u>E19, E4, E40, E20, E6, E41, E43, E31</u> <u>V10, E24, E37, V9, E14, E7, E13, V11,</u> <u>E38, E2, E5, E26, V7, V1, E33, E9, V2,</u> <u>V4, V3, V6</u>
ZONA CENTRAL +	E29, E22, E30, E16, E49, E27, E12, E11, E1, E17, E42	E48, E29, E22, E30, E16, E49, E27, E12, E11, E1, V13, V5, E17
ZONA CENTRAL -	E28, E46, E15, E44, E18, E23, E3, E8, E36	E28, E46, E15, V14, E44, V8, E23, V12 E18, E3, E8, V15, E42, E36
POLO -	<u>E47, E32, E25, E21, E50, E10, E35, E45,</u> <u>E39, E34</u>	<u>E47, E32, E25, E10, E50, E21, E35, E45,</u> <u>E34, E39</u>

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

QUADRO COMPARATIVO 5.48 - ANÁLISE FACTORIAL DE CORRESPONDÊNCIAS

SITUAÇÃO 2 . FACTOR 1 . SUJEITOS: (Por ordem de contribuição ao factor)

AMOSTRA DE ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES (N=50)		AMOSTRA CONJUNTA DE ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES E SUJEITOS NORMAIS (N=65)
POLO +	<u>E47</u> , <u>E32</u> , <u>E50</u> , <u>E10</u> , <u>E21</u> , <u>E28</u> , <u>E25</u> , <u>E39</u> <u>E11</u> , <u>E36</u> , <u>E8</u> , <u>E1</u> , <u>E35</u>	<u>E47</u> , <u>E32</u> , <u>E50</u> , <u>E10</u> , <u>V8</u> , <u>E21</u> , <u>E28</u> , <u>V6</u> , <u>E25</u> , <u>E39</u> , <u>E11</u> , <u>V14</u> , <u>E36</u> , <u>E8</u> , <u>V12</u> , <u>V13</u>
ZONA CENTRAL +	E3, E45, E30, E34, E44	V2, E1, E35, V5, V15, E3, E30, E45, V3, V1, E34, E44
ZONA CENTRAL -	E31, E33, E22, E12, E13, E46, E29, E49 E16, E23, E15, E42, E5	E31, V9, E12, E33, E22, E13, E46, V4, E29, E49, E16, E23, E15, E42, E5, V11, V7
POLO -	<u>E20</u> , <u>E14</u> , <u>E4</u> , <u>E40</u> , <u>E26</u> , <u>E6</u> , <u>E27</u> , <u>E37</u> , <u>E17</u> , <u>E24</u> , <u>E9</u> , <u>E11</u> , <u>E38</u> , <u>E7</u> , <u>E19</u> , <u>E2</u> , <u>E18</u> , <u>E43</u> , <u>E48</u>	<u>E20</u> , <u>E14</u> , <u>E4</u> , <u>E40</u> , <u>E26</u> , <u>E6</u> , <u>E17</u> , <u>E37</u> , <u>E27</u> , <u>E24</u> , <u>E9</u> , <u>E41</u> , <u>E7</u> , <u>E38</u> , <u>E19</u> , <u>E2</u> , <u>E18</u> , <u>E48</u> , <u>E43</u> , <u>V10</u>

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

QUADRO COMPARATIVO 5.49 - ANÁLISE FACTORIAL DE CORRESPONDÊNCIAS

SITUAÇÃO 3. FACTOR 1. SUJEITOS (Por ordem de contribuição ao factor)

AMOSTRA DE ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES (N=50)		AMOSTRA CONJUNTA DE ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES E SUJEITOS NORMAIS (N=65)
POLO +	<u>E47</u> , <u>E32</u> , <u>E25</u> , <u>E45</u> , <u>E42</u> , <u>E10</u> , <u>E28</u> , <u>E50</u> , <u>E11</u> , <u>E36</u> , <u>E39</u> , <u>E21</u> , <u>E8</u>	<u>E47</u> , <u>E32</u> , <u>V3</u> , <u>E45</u> , <u>E25</u> , <u>E42</u> , <u>V4</u> , <u>E28</u> , <u>V13</u> , <u>E50</u> , <u>E10</u> , <u>E11</u> , <u>V8</u> , <u>E39</u> , <u>E36</u> , <u>V1</u> , <u>E8</u> , <u>V14</u> , <u>E21</u>
ZONA CENTRAL +	<u>E3</u> , <u>E44</u> , <u>E5</u> , <u>E1</u> , <u>E35</u> , <u>E15</u>	<u>E3</u> , <u>V6</u> , <u>E44</u> , <u>V15</u> , <u>E5</u> , <u>E1</u> , <u>V9</u> , <u>V2</u> , <u>V10</u> , <u>V5</u> , <u>V7</u> , <u>E35</u> , <u>E15</u>
ZONA CENTRAL -	<u>E41</u> , <u>E27</u> , <u>E26</u> , <u>E13</u> , <u>E40</u> , <u>E19</u> , <u>E9</u> , <u>E14</u> , <u>E2</u> , <u>E17</u> , <u>E24</u> , <u>E38</u> , <u>E37</u> , <u>E7</u> , <u>E4</u> , <u>E43</u> , <u>E20</u> , <u>E48</u> , <u>E12</u> , <u>E30</u>	<u>E41</u> , <u>E26</u> , <u>E27</u> , <u>E13</u> , <u>E40</u> , <u>E9</u> , <u>E14</u> , <u>E2</u> , <u>E19</u> , <u>E17</u> , <u>E24</u> , <u>E38</u> , <u>E7</u> , <u>E43</u> , <u>E37</u> , <u>E20</u> , <u>E48</u> , <u>E4</u> , <u>E12</u> , <u>E30</u>
POLO -	<u>E33</u> , <u>E31</u> , <u>E22</u> , <u>E16</u> , <u>E6</u> , <u>E49</u> , <u>E23</u> , <u>E34</u> , <u>E18</u> , <u>E46</u> , <u>E4</u>	<u>E33</u> , <u>E31</u> , <u>E22</u> , <u>E16</u> , <u>E6</u> , <u>E49</u> , <u>V12</u> , <u>E23</u> , <u>E18</u> , <u>E34</u> , <u>E46</u> , <u>E29</u> , <u>V11</u>

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

(67%) e alguns sujeitos normais mantêm-se (4 sujeitos) na zona central periférica ao extremo "modificador", perto do limiar de significação.

Podemos, em síntese concluir que os sujeitos normais sofrem um "deslocamento" de um perfil de interacção social ao oposto, no decurso das situações sociais, enquanto que uma elevada percentagem de esquizofrénicos paranóides são mais estáveis, mantêm sem modificar o seu modo social de interagir e por conseguinte não parecem ser tão sensíveis ao contexto social.

No plano das variáveis, constatámos que as categorias de interacção, que contribuem nuclearmente para a formação dos padrões em oposição no 1º factor, qualquer que seja a situação social considerada, são abreviadamente as seguintes: para o padrão "modificador" que envolve um maior distanciamento da realidade contribuem as variáveis: translações, reorganizações e mudanças semânticas (V.19), declarações normativas (V.11), acentuações e relações não usuais de significado (V.12), construções complexas de hipóteses (V.3) e declarações alternativas (V.13); para o padrão "redutor" essencialmente constituído por operações de restrição dos dados da realidade, contribuem as variáveis: declarações holofrásticas (V.14), rigidez (V.15) e declarações de incapacidade (V.16).

Tal como tinha sido observado nas análises factoriais sem a inclusão dos sujeitos normais, a estes agrupamentos básicos de categorias de interacção, invariantes no decurso da relação social de experiência, associam-se, com especificidade contextual, outras operações de caracterização parcelar de atributos, referidas ao próprio ou atribuídas aos outros como elementos individuais na relação ou enquanto grupo. Caracterizações relativas a experiências vivenciais, de estados emocionais ou afectivos, com carácter de valorizações ou como expressão de atitudes que implicam juízos de valor sobre a realidade. Associam-se ainda, as descrições a nível da personalidade que definem uma posição na

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

QUADRO COMPARATIVO 5.50- ANÁLISE FACTORIAL DE CORRESPONDÊNCIAS

SITUAÇÃO 4 . FACTOR 1 . SUJEITOS (Por ordem de contribuição ao factor)

AMOSTRA DE ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES (N=50)		AMOSTRA CONJUNTA DE ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES E SUJEITOS NORMAIS (N=65)
POLO +	<u>E47</u> , <u>E21</u> , <u>E32</u> , <u>E28</u> , <u>E25</u> , <u>E42</u> , <u>E8</u> , <u>E39</u> , <u>E45</u> , <u>E3</u> , <u>E50</u> , <u>E1</u> , <u>E10</u>	<u>E47</u> , <u>V7</u> , <u>E21</u> , <u>E28</u> , <u>E32</u> , <u>V6</u> , <u>V15</u> , <u>V8</u> , <u>V2</u> , <u>E25</u> , <u>V14</u> , <u>V5</u> , <u>E8</u> , <u>E42</u> , <u>E45</u> , <u>E39</u> , <u>V3</u> , <u>E3</u> , <u>V12</u> , <u>V13</u> , <u>E50</u> , <u>E1</u>
ZONA CENTRAL +	E31, E36, E30, E23, E44, E35, E18	V1, E31, E10, E36, E23, E30, V11, V9 E44, V10, E35
ZONA CENTRAL -	E48, E7, E43, E12, E6, E19, E46, E29, E34, E49, E5, E11, E33	E4, E6, E19, E46, E29, E34, E49, E5, E11, E33, V4, E18
POLO -	<u>E27</u> , <u>E26</u> , <u>E14</u> , <u>E40</u> , <u>E9</u> , <u>E41</u> , <u>E38</u> , <u>E24</u> , <u>E37</u> , <u>E17</u> , <u>E13</u> , <u>E20</u> , <u>E2</u> , <u>E16</u> , <u>E32</u> , <u>E4</u> , <u>E5</u>	<u>E27</u> , <u>E26</u> , <u>E14</u> , <u>E40</u> , <u>E9</u> , <u>E41</u> , <u>E38</u> , <u>E24</u> , <u>E17</u> , <u>E37</u> , <u>E20</u> , <u>E13</u> , <u>E2</u> , <u>E16</u> , <u>E22</u> , <u>E43</u> , <u>E15</u> , <u>E7</u> , <u>E48</u> , <u>E12</u>

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.16-Incapacidade/Decl. Impot.	10.10	V.19-Cont.Ext./Translac/Reorg./"Drift" Sem.	9.35
V.15-Rigid.	8.37	V.11-Decl Normativas	5.22
V.14-Holof./Quholof.	5.87	V.12-Acentuações/Aorg./Signif Relat	4.69
V. 6-Decl. Vivenc.	4.27	V.13-Decl.Altern.	4.65
V.20-Coment. Mixt.	3.82	V. 3-Constr.Complex/Explor. Hip.	4.10
		V.17-Just.Vivenc./Doença/Decl.Sint.	3.82
		V.10-Afect.e Val. Prop. Negat./Regei Prop.	3.32
		V. 8-Afect. e Val. Alt. Negat./Regei Alt.	3.07

QUADRO 5.51-SITUAÇÃO 1. FACTOR 1 (Taxa de inércia - 34,8%)

Amostra de NORMAIS e ESQUIZOFRENICOS (N=65)

Análise Factorial das correspondências - 20 variáveis sociais

(E - Esquizofrénicos paranóides) (V - Normais)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo				Lado Negativo	
SUJEIT	% de contrib	SUJEIT	% de contrib	SUJEITO	% de contrib
E 19	10.92	E 2	6.30	E 47	8.51
E 4	10.05	E 5	5.11	E 32	7.55
E 40	9.96	E 26	5.02	E 25	7.00
E 20	9.66	V 7	4.31	E 10	6.91
E 6	9.11	V 1	4.18	E 50	6.76
E 41	8.09	E 33	4.14	E 21	6.62
E 43	7.62	E 9	4.01	E 35	4.92
E 31	7.26	V 2	3.91	E 45	4.28
V 10	7.13	V 4	3.67	E 34	3.71
E 24	7.04	V 3	3.65	E 39	3.60
E 37	6.91	V 6	3.10		
V 9	6.87				
E 14	6.80				
E 7	6.80				
E 13	6.72				
V 11	6.44				
E 38	6.39				

QUADRO 5.51-SITUAÇÃO 1. FACTOR 1 (Taxa de inércia - 34,8%)

Amostra de NORMAIS e ESQUIZOFRÊNICOS (N=65)

Análise Factorial das correspondências - 20 variáveis sociais

(E - Esquizofrênicos paranóides) (V - Normais)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

relação ou dizem respeito às intenções ou finalidades do grupo. Podem finalmente revelar-se sob a forma de operações de justificação para as dificuldades de adaptação às perguntas. Estas operações de caracterização correspondem às categorias denotadas respectivamente por: declarações vivenciais (V.6), comentários mistos de dados vivenciais com os de referência (V.20), declarações, sobre o próprio, os outros-afectivas, valorativas, de atitudes-negativas ou positivas (V.8, V.9 e V.10), posição na relação do próprio ou dos outros (V.4 e V.5), grupo com função de ajuda ou terapia (V.18) e justificações vivenciais(V.17).

As percentagens de contribuição das categorias sociais para os extremos do primeiro factor, podem ser observadas nos Quadros 5.51 a 5.54 . A análise mais detalhada das tabelas de contribuição das variáveis sociais ao primeiro factor, no decurso da interacção social, mostra as modificações, embora reduzidas, que se produzem nos agrupamentos de categorias nucleares que formam os padrões básicos descritos.

Nas **duas primeiras situações** no plano das variáveis há uma analogia quase completa entre os resultados das duas primeiras análises factoriais (amostra patológica e amostra conjunta com normais). Para além de se verificar a oposição entre os dois modos extremos de relação interpessoal anteriormente descritos, são idênticos nas duas análises as categorias que se associam aos padrões básicos e que caracterizam alguns aspectos particulares da interacção social.

Ao agrupamento de variáveis nucleares que definem o "perfil redutor" projectadas no plano factorial (1.2) (lado positivo) na primeira situação social (Quadro 5.51), associam-se as operações que consistem na produção de comentários complexos, constituídos pela junção de dados da experiência privada do sujeito ou de declarações com conteúdo emocional ou afectivo,elaborados complexamente a dados parciais de referência, embora correctamente identificados (V.20). A subida de importância para a

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.19-Cont.Ext./Trans lac/Reog./"Drift" Sem.	9.8	V.15-Rigid	6.94
V.11-Decl.Normativas	6.78	V.16-Incapacidade/ Decl. Impot.	5.93
V.13-Decl.Altern./	5.25	V.14-Holof/Quholof.	4.05
V.12-Acentuações/ Aorg./Signif.Relat.	5.01		
V. 3-Constr.Complex./ Explor. Hip.	4.70		
V. 9-Afect. e Val. Prop. Posit./Coop. Prop.	3.62		
V. 4-Posição Prop./ Just. Pers./Auto- Constr.	3.20		

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 47	9.73	E 20	8.36
E 32	8.68	E 14	7.98
E 50	7.40	E 4	7.47
E 10	6.78	E 40	7.26
V 8	5.95	E 26	7.22
E 21	5.52	E 6	6.82
E 28	5.34	E 17	6.77
V 6	5.01	E 37	6.76
E 25	4.95	E 27	6.72
E 39	4.86	E 24	5.97
E 11	4.72	E 9	5.78
V 14	4.46	E 41	5.46
E 36	4.02	E 7	4.95
E 8	3.87	E 38	4.91
V 12	3.66	E 19	4.56
V 13	3.48	E 2	4.05
		E 18	3.95
		E 48	3.93
		E 43	3.92
		V 10	3.84
		E 31	2.96
		V 9	2.63

QUADRO 5.52-SITUAÇÃO 2. FACTOR 1 (Taxa de inércia - 36,7%)

Amostra de NORMAIS e ESQUIZOFRENICOS (N=65)

Análise Factorial das correspondências - 20 variáveis sociais

(E - Esquizofrénicos Paranóides) (V - Normais)

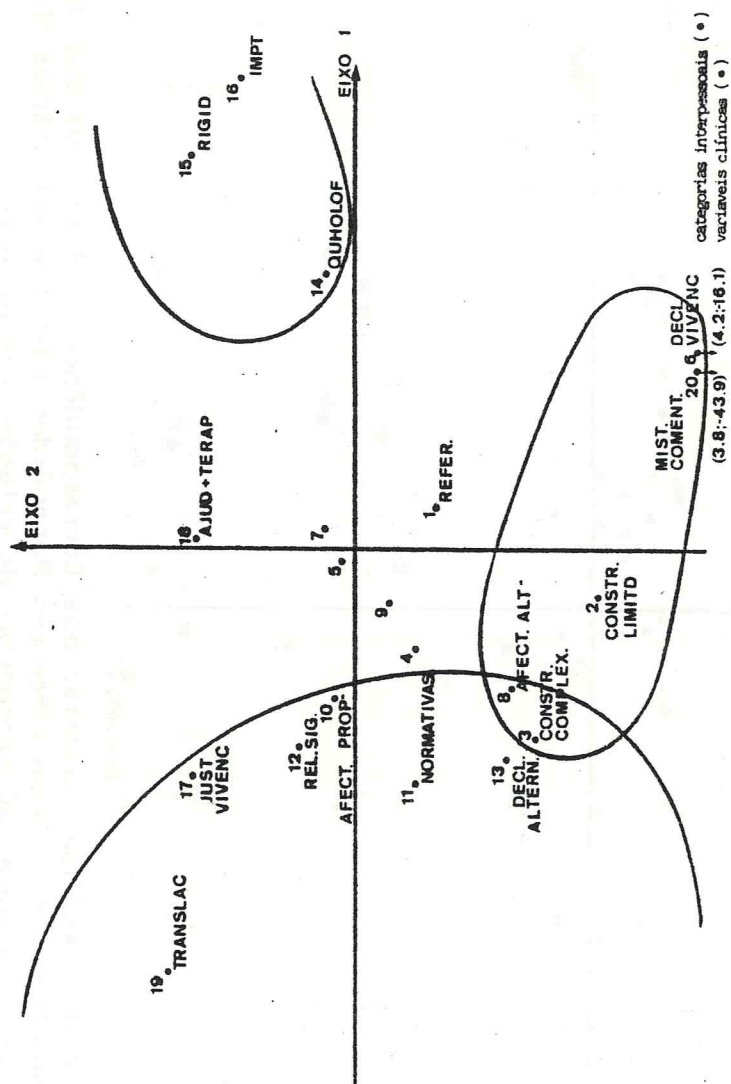
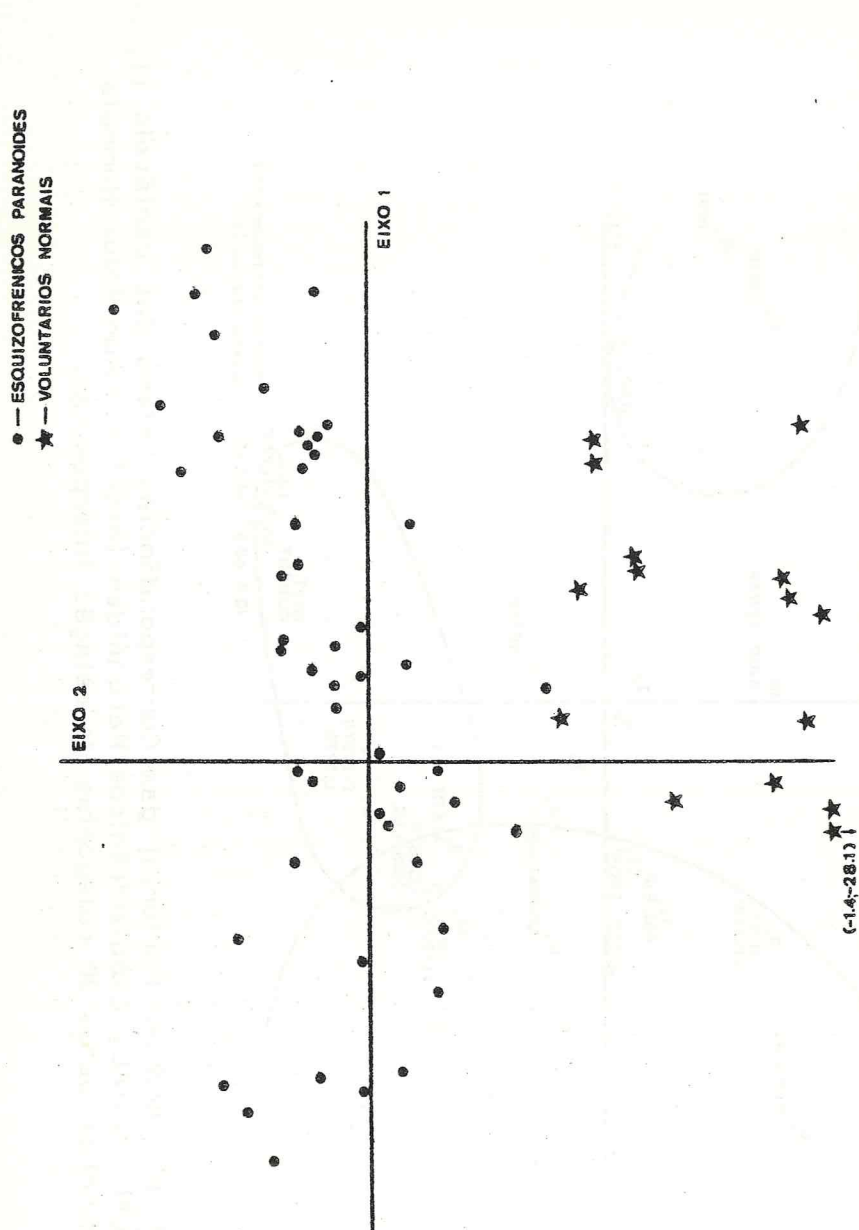


Gráfico V.18 - Análise Factorial das Correspondências. Plano das variáveis (1,2).
1ª SITUAÇÃO SOCIAL. Esquizofrênicos Paranóides (N=50) e Voluntários Normais (N=15) descritos pelas 20 categorias de relação interpessoal.



RESULTADOS EXPERIMENTAIS

formação do 1º factor desta categoria que na análise anterior, feita apenas sobre as respostas dos doentes, estava próxima do limiar, deve-se à associação de alguns sujeitos normais aos esquizofrénicos paranóides neste extremo do eixo factorial (Quadro 5.51 e Gráfico V.18).

Na segunda situação social a este padrão de interacção holofrástico, rígido e com declaração de incapacidade não se associam novas variáveis sociais e perde importância a variável - comentários mistos - que passa a posicionar-se na zona central (Quadro 5.52 e Gráfico V.19).

Ao padrão oposto, dos "modificadores da realidade", associam-se na primeira situação social, tal como na análise anterior, as caracterizações afectivas negativas, desvalorizações e declarações de atitude de rejeição - referidas ao sujeito de experiência ou atribuídas aos outros- (V.8 e V.10), assim como as operações de justificação das dificuldades nas respostas por argumentos de natureza vivencial ou com base na presença de uma doença (V.17).

Na segunda situação social as operações de caracterização afectiva e valorativa estão também associadas ao padrão distanciado do referencial, mas assumem um carácter emocional inverso da primeira situação. Passam a corresponder à declaração de estados agradáveis, sentidos pelo próprio que se autovaloriza e afirma uma disposição para cooperar com o grupo. Este tipo de "inversão" do carácter dos afectos e valorizações, tinha surgido no mesmo factor da análise feita sem os normais. Nesse momento da análise dos resultados interpretamos o uso de caracterizações positivas, afirmadas em relação ao próprio, numa situação social que contém atributos e declarações críticas da parte dos membros do grupo para o "sujeito" da interacção, como podendo corresponder a uma "identificação" ao personagem da situação simulada e à tentativa de auto-afirmação perante os outros. Nesta situação dá-se uma amplificação das caracterizações que se referem ainda

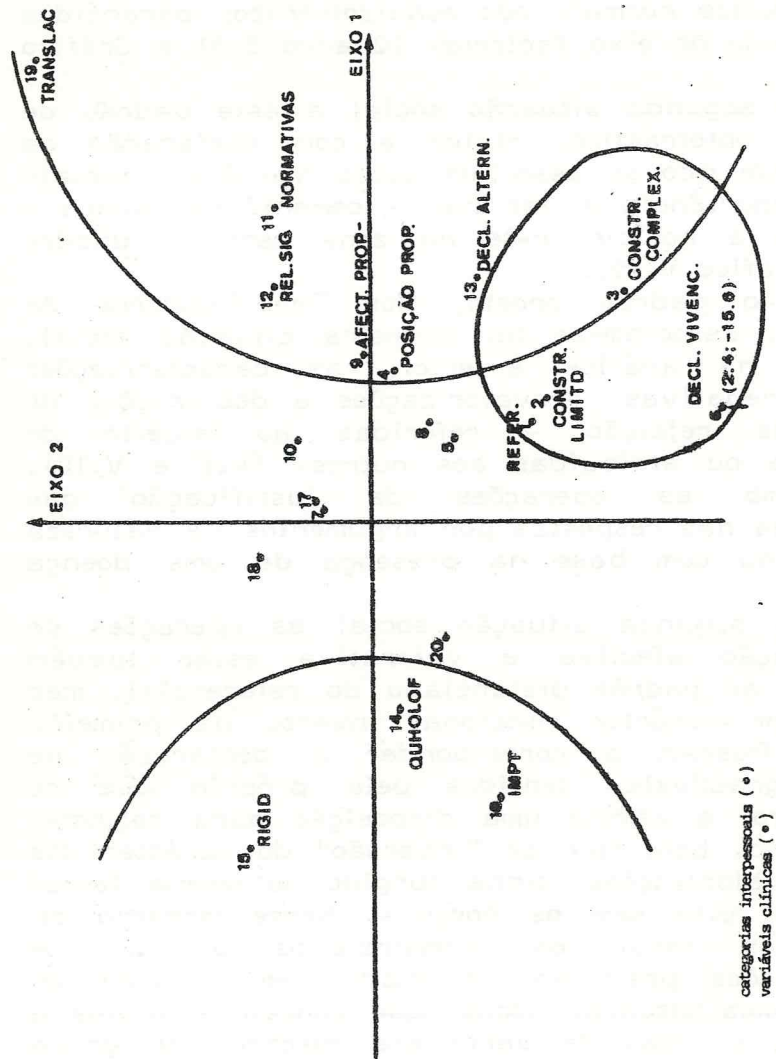


Gráfico V.19 - Análise Factorial das Correspondências. Plano das variáveis (1,2).
2ª SITUAÇÃO SOCIAL. Esquizofrênicos Paranóides (N=50) e Voluntários Normais
(N=15) descritos pelas 20 categorias de relação interpessoal.

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

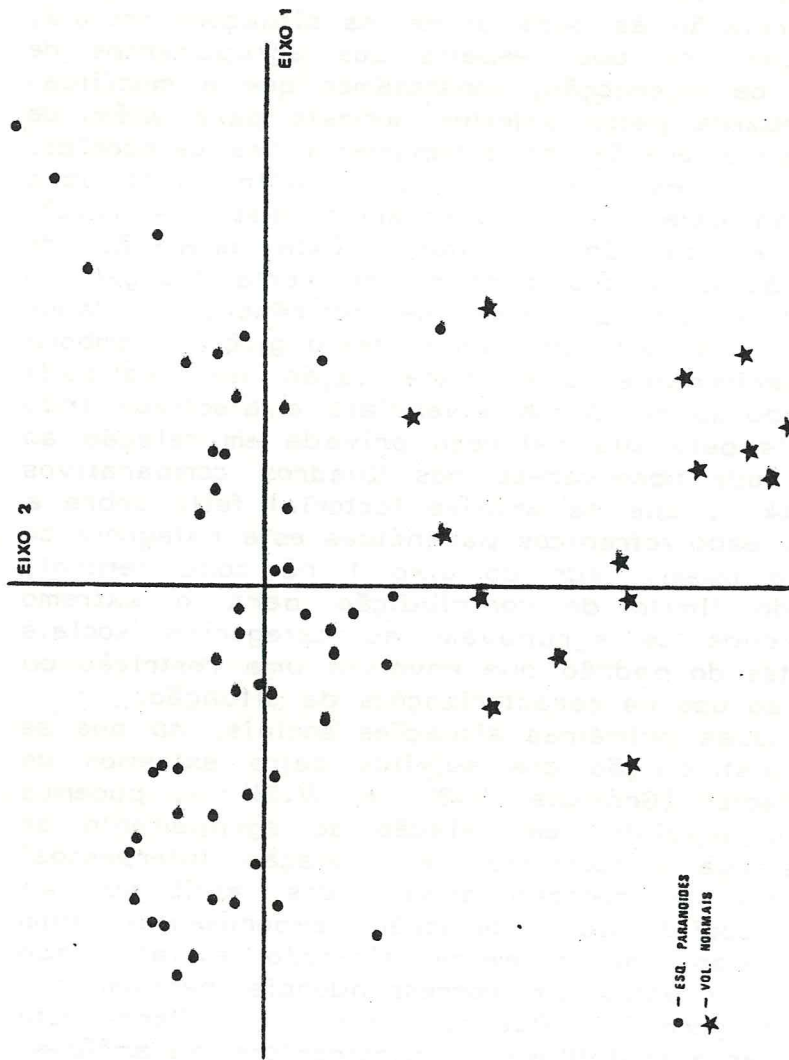


Gráfico V.21 - Análise Factorial das Correspondências. Plano dos sujeitos (1,2). 2ª SITUAÇÃO SOCIAL. Esquizofrênicos Paranóides (N=50) e Voluntários Normais (N=15) descritos pelas 20 categorias de relação interpessoal.

a atributos do nível da personalidade do próprio que conduzem a uma definição do seu papel na relação interpessoal (V.4).

Em relação às duas primeiras situações sociais, no 1º factor, no que respeita aos agrupamentos de categorias de interacção, constatámos que a modificação introduzida pelos sujeitos normais para além de consistir em alterações no ordenamento das categorias, apenas se manifesta pela subida de contribuição para o factor da categoria - comentários mistos - (V.20) agrupada ao padrão "reductor". Esta operação de identificação de dados mantém uma certa ligação ao referencial - sob a forma de referência a dados fragmentários e desligados do contexto global - embora haja posteriormente uma distanciação da realidade pela introdução de dados vivenciais e afectivos (não verificáveis pela sua natureza privada em relação ao sujeito). Pode observar-se nos Quadros comparativos 5.43 a 5.44 , que na análise factorial feita sobre a matriz dos esquizofrénicos paranóides esta categoria se situava no mesmo lado do eixo 1 na zona central, próxima do limite de contribuição para o extremo factorial onde se agrupavam as categorias sociais constituintes do padrão que envolvia uma restrição ou limitação ao uso de caracterizações da situação.

Nas duas primeiras situações sociais, no que se refere à distribuição dos sujeitos pelos extremos do primeiro factor (Gráficos V.20 e V.21), podemos observar o seguinte: em relação ao agrupamento de categorias que caracteriza uma relação interpessoal "modificadora e reorganizativa" dos atributos da realidade social da interacção experimental num pequeno grupo, na primeira situação social (lado negativo) não entra em correspondência nenhum dos voluntários normais (Quadro 5.51). Para este padrão sòmente contribuem esquizofrénicos paranóides, associados de uma forma quase idêntica à da análise factorial anteriormente feita.

No extremo do eixo (lado positivo na primeira situação e negativo na segunda) para o padrão "reductor", já se pode observar uma associação entre

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

esquizofrénicos paranóides e sujeitos normais. Nesta associação, é mais importante a contribuição dos normais para a primeira situação social do que para a segunda situação. Nesta última, o grupo de normais, que se tinha definido anteriormente (no 1º factor) por uma estratégia "reduzora" em relação à realidade social, passa a corresponder a um padrão incaracterístico, isto é, formado pelas categorias que, por estarem posicionadas no centro do eixo, não fornecem uma contribuição importante ao factor, nomeadamente aos modos específicos de interacção. Os voluntários normais vão contribuir, nesta segunda situação social, embora em número limitado em relação à amostra total, para o agrupamento oposto de variáveis sociais, as que foram consideradas como delimitando uma estratégia com profundas alterações dos atributos da realidade social. Situam-se nesse extremo do factor associados aos doentes esquizofrénicos paranóides que, recordemos, mantêm estavelmente a sua participação enquanto subgrupo na correspondência com qualquer dos dois polos factoriais, apesar da mudança do contexto social, de uma situação de experiência farmacológica para uma situação cuja estrutura de relação tem analogias com uma situação familiar.

Podemos sintetizar a participação dos sujeitos normais para os padrões básicos de interacção social nas duas primeiras situações sociais.

Na primeira situação, a interacção da maioria dos normais faz-se pela restrição na identificação dos atributos da realidade e redução na exploração de hipóteses. As suas respostas são sumárias, mantidas rigidamente nas várias interacções. Afirmam que se sentem incapazes de uma adaptação à situação ou fazem ainda declarações de natureza vivencial mais próximas da referência. Já na segunda situação social, a maioria dos normais vai estabelecer outro padrão de interacção, num ponto de equilíbrio na zona central ou ainda associando-se aos esquizofrénicos na exploração complexa de hipóteses mais ou menos distorcidas e distanciadas da realidade, padrão para

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.19-Cont.Ext./Trans lac/Reorg./"Drift" Sem.	11.38	V.15-Rigid.	6.52
V.20-Coment. Mist.	7.18	V.16-Incapacidade/ Decl. Impot.	5.54
V.11-Decl. Normativas	6.86	V.14-Holof./Quholof.	2.88
V.13-Decl. Altern./ Constr. Analog.	5.93		
V.12-Acentuações/ Aorg./Signif.Relat.	5.42		
V. 3-Constr.Complex./ Explor. Hip.	5.18		
V. 8-Afect. e Val.Alt. Negat./Regei.Alt.	4.33		
V. 2-Agreg/Constr.Limit	3.70		
V.17-Just.Vivenc./ Doença/Decl.Sint.	3.56		
V.10-Afect. e Val.Prop Negat./Regei.Prop.	3.41		
V. 9-Afect.e Val.Prop. Posit./Coop.Prop.	3.04		
V. 4-Posição Prop./ Just.Pers./Auto- Constr.	3.03		

QUADRO 5.53 SITUAÇÃO 3. FACTOR 1 (Taxa de inércia - 31,8%).

Amostra de NORMAIS e ESQUIZOFRÊNICOS (N=65)

Análise Factorial das correspondências - 20 variáveis sociais

(E - Esquizofrênicos Paranoídes) (V - Normais)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 47	11.56	E 41	7.56
E 32	8.70	E 26	7.56
V 3	7.71	E 27	7.56
E 45	5.81	E 13	7.33
E 25	5.62	E 40	6.73
E 42	5.61	E 9	6.36
V 4	5.37	E 14	6.10
E 28	5.29	E 2	5.93
V 13	5.24	E 19	5.82
E 50	5.18	E 17	5.73
E 10	5.11	E 24	5.33
E 11	5.10	E 38	5.23
V 8	4.56	E 7	4.51
E 39	4.27	E 43	4.49
E 36	4.16	E 37	4.46
V 1	3.91	E 20	4.05
E 8	3.31	E 48	3.72
V 14	3.21	E 4	3.59
E 21	3.19	E 12	3.38
		E 30	3.12

QUADRO 5.53. SITUAÇÃO 3. FACTOR 1 (Taxa de inércia -- 31,8%)

Amostra de NORMAIS e ESQUIZOFRÊNICOS (N=65)

Análise Factorial das correspondências - 20 variáveis sociais

(E - Esquizofrênicos Paranóides) (V - Normais)

/

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

o qual a partir da segunda situação social, como iremos referir mais em detalhe, tem uma contribuição cada vez mais significativa uma maior parte da amostra dos sujeitos normais, sempre em conjunto com os esquizofrénicos paranóides.

Na terceira e quarta situações sociais, mantem-se estável, como afirmámos no início da descrição destes resultados factoriais, neste 1º factor a oposição entre os dois padrões básicos de interacção social, a nível do agrupamento de categorias de relação interpessoal - operações de identificação de dados sociais - que formam um núcleo invariante ao longo da experiência, inferidas a partir das respostas verbais dos sujeitos submetidos às situações sociais. Nestas terceira e quarta situações ao agrupamento de variáveis, em oposição factorial, associam-se outras categorias de interacção, de acordo com o contexto social e o extremo do eixo que consideremos.

Na terceira situação social, no padrão que envolve uma maior modificação e reorganização dos atributos da realidade, a principal modificação em relação às situações anteriores consiste na verificação de um alargamento do perfil de interacção, análogamente ao que tinha sido observado no 1º factor da análise factorial dos dados, desta mesma situação, feita apenas com os esquizofrénicos paranóides. Alargamento que se dá pelo reaparecimento (em relação à primeira situação) dos afectos negativos atribuídos aos outros, das desvalorizações negativas, da atribuição de atitudes críticas dos membros do grupo em relação ao sujeito ou declaradas por este como correspondendo aos seus estados afectivos, a juízos de valor ou atitudes assumidas por ele próprio (V.8 e V.10). Para além de um aumento da variedade das caracterizações de tipo afectivo ou valorativo e da manutenção das definições de posição do próprio na relação (V.4), reaparecem na terceira situação social neste agrupamento de variáveis (polo + , Gráfico V.22) as justificações, de tipo vivencial ou baseadas na existência de uma doença do próprio ou de sintomas, que lhe dificultam as respostas (V.17). As

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

percentagens de contribuição ao factor destas categorias, assim como das que considerámos, em análises anteriores, como sendo nucleares para o padrão modificador, podem ser observadas no Quadro 5.53 . Se compararmos os resultados da actual análise com a anterior, sem a introdução dos sujeitos normais na matriz de dados, verificamos que a diferença essencial consiste na diminuição de importância para o 1º factor da terceira situação, da categoria que se refere à identificação de atributos da ajuda ou à atribuição de finalidades terapêuticas ou de diagnóstico aos membros do grupo ou ao grupo no seu conjunto (V.18), que passa a projectar-se no plano espacial dos factores na zona central do eixo. Diminuição que se deve, seguramente, à associação dos sujeitos normais aos esquizofrénicos paranóides neste extremo factorial (positivo) dado que a distribuição destes últimos se mantém relativamente estável.

No padrão - redutor em relação à realidade - não se observa, na terceira situação em relação às situações sociais anteriores, nenhuma modificação no agrupamento das categorias que o constituem, apenas um abaixamento relativo das respostas holofrásticas, em relação à situação social anterior. O mesmo facto tinha sido observado na análise feita sobre a matriz dos esquizofrénicos paranóides sem a introdução dos sujeitos normais.

Na quarta situação social, em relação às anteriores, algumas diferenças podem ser constatadas. Uma diminuição da importância das caracterizações afectivas, valorativas ou que implicam atitudes que oscilam nas dimensões da rejeição - cooperação, categorias que faziam parte do padrão "modificador reorganizativo" e que passam agora a estar colocadas na zona central do eixo. A restrição do uso de caracterizações desta natureza na quarta situação social, verifica-se quer nas declarações que se referem a estados do próprio quer nas atribuídas aos outros, com carácter negativo ou positivo (V.8, V.7, V.10 e V.9). Outro facto que poderá ter significado consiste na subida de importância da contribuição ao

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

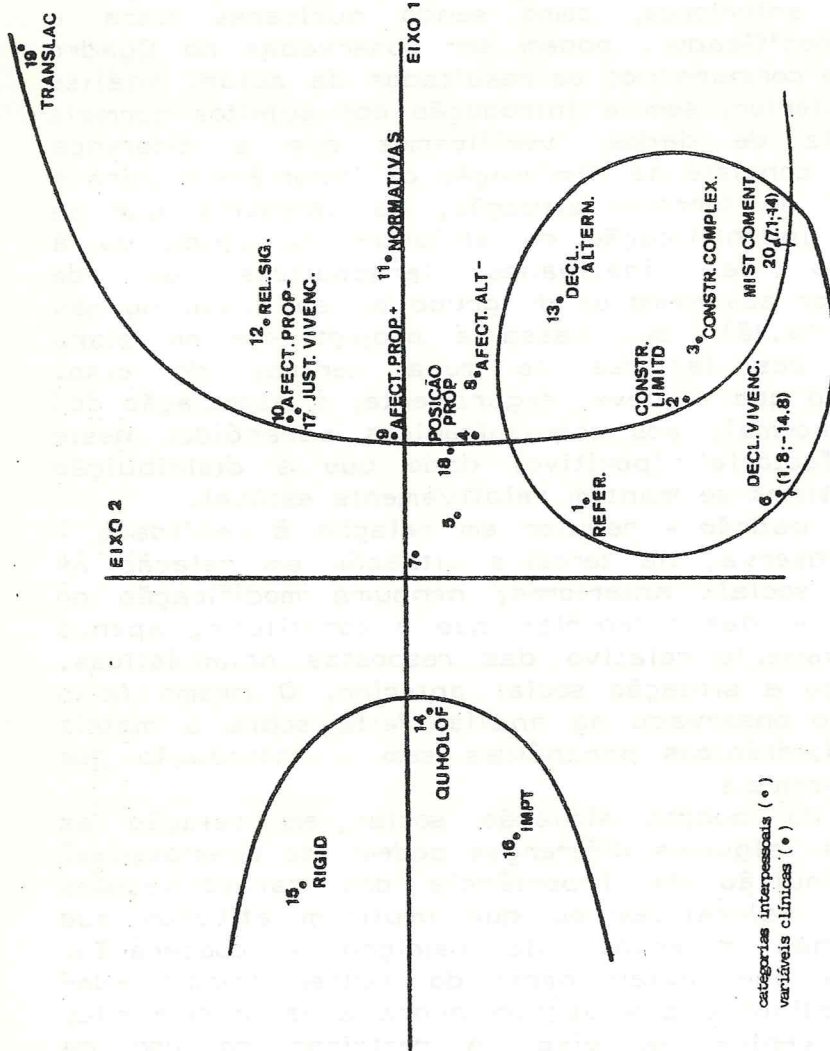


Gráfico V.22 - Análise Factorial das Correspondências. Plano das variáveis (1,2).
3ª SITUAÇÃO SOCIAL. Esquizofrênicos Paranóides (N=50) e Voluntários Normais (N=15) descritos pelas 20 categorias de relação interpessoal.

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

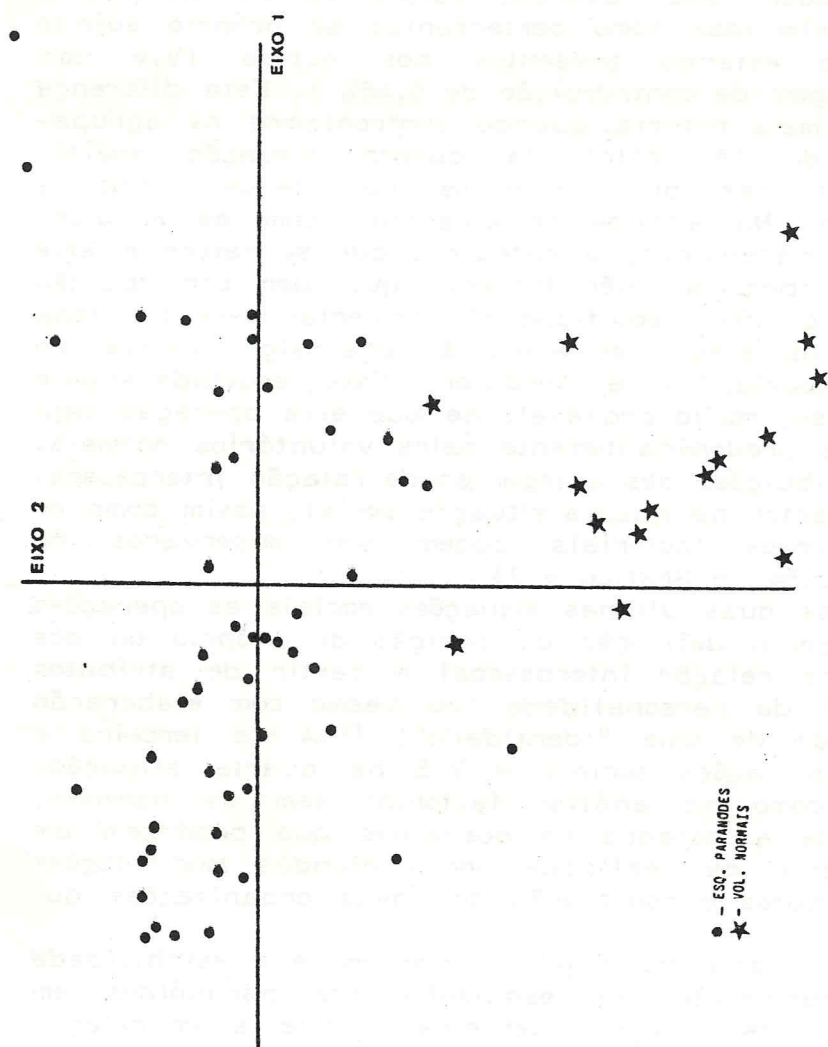


Gráfico V.24 - Análise Factorial das Correspondências. Plano dos sujeitos (1,2). 3ª SITUAÇÃO SOCIAL. Esquizofrênicos Paranóides (N=50) e Voluntários Normais (N=15) descritos pelas 20 categorias de relação interpessoal.

primeiro factor, na quarta situação social, das declarações vivenciais, próximas da referência, que não possuem uma natureza valorativa ou afectiva e são mencionadas como pertencentes ao próprio sujeito ou como estando presentes nos outros (V.6 com percentagem de contribuição de 5,46%). Esta diferença é tanto mais notória quando confrontamos os agrupamentos do 1º factor da quarta situação social, extraídos das duas matrizes que temos vindo a comparar. Na análise feita apenas com os esquizofrénicos paranóides, a categoria que se refere a este tipo de operações não fornecia qualquer contribuição para o padrão "modificador", projectando-se na zona central do eixo, periférica à zona significativa do padrão oposto, isto é, "redutor". Este resultado sugere a hipótese, muito provável, de que esta operação seja utilizada predominantemente pelos voluntários normais. As contribuições das categorias de relação interpessoal a este factor na quarta situação social, assim como os agrupamentos factoriais podem ser observados no Quadro 5.54 e Gráfico V.23.

Nas duas últimas situações sociais as operações que visam a definição da posição do próprio ou dos outros na relação interpessoal a partir de atributos do nível da personalidade (ou mesmo com elaboração construída de uma "identidade") (V.4 na terceira e quarta situações sociais e V.5 na quarta situação) surge, como na análise factorial sem os normais, novamente associadas às operações que produzem um afastamento da realidade por profundas modificações nos atributos e construção de novas organizações dos dados.

No plano dos sujeitos, mantem-se a estabilidade dos agrupamentos de esquizofrénicos paranóides em qualquer das situações- terceira ou quarta em relação às anteriores. As diferenças verificam-se no grupo dos normais. Assim, nas terceira e quarta situações sociais os sujeitos normais "deslocam-se" a partir da zona central, de qualquer dos dois lados do eixo, para o padrão "modificador" e na quarta situação social já uma elevada maioria de sujeitos normais dá

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.11-Decl.Normativas	10.12	V.15-Rigid	6.43
V.19-Cont.Ext./Translac		V.16-Incapacidade/	
/Reorg./"Drift" Sem.	10.10	Decl.Impot.	5.60
V. 3-Constr.Complex./		V.14-Holof./Quholof.	2.52
Explor. Hip.	7.08		
V.13-Decl.Altern./			
Constr. Analog.	6.22		
V. 6-Decl. Vivenc.	5.46		
V. 4-Posição Prop./Just			
Pers./Auto-Constr.	4.75		
V. 2-Agrerg./Constr.			
Limit.	4.53		
V.17-Just.Vivenc./			
Doença/Decl.Sint.	4.42		
V.12-Acentuações/Agreg/			
Signif.Relat.	3.88		
V. 5-Posição Alter/			
Alo-Constr.	3.75		

QUADRO 5.54 - SITUAÇÃO 4. FACTOR 1 (Taxa de inércia - 31,5%)

Amostra de NORMAIS e ESQUIZOFRENICOS (N=65)

Análise Factorial das correspondências - 20 variáveis sociais

(E - Esquizofrênicos Paranóides) (V - Normais)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS.	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 47	11.3	E 27	7.94
V 7	8.74	E 26	7.79
E 21	8.11	E 14	7.11
E 28	7.12	E 40	7.08
E 32	6.96	E 9	6.86
V 6	6.54	E 41	6.84
V 15	6.47	E 38	6.18
V 8	6.22	E 24	5.91
V 2	5.98	E 17	5.81
E 25	5.97	E 37	5.40
V 14	5.28	E 20	4.91
V 5	4.97	E 13	4.87
E 8	4.88	E 2	4.75
E 42	4.69	E 16	3.96
E 45	4.07	E 22	3.62
E 39	4.05	E 43	3.34
V 3	4.01	E 15	3.23
E 3	3.86	E 7	3.16
V 12	3.75	E 48	3.12
V 13	3.64	E 12	3.10
E 50	3.63		
E 1	3.45		

QUADRO 5.54 - SITUAÇÃO 4. FACTOR 1 (Taxa de inércia - 31,5%)

Amostra de NORMAIS e ESQUIZOFRENICOS (N=65)

Análise Factorial das correspondências - 20 variáveis sociais

(E - Esquizofrénicos Paranóides) (V - Normais)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

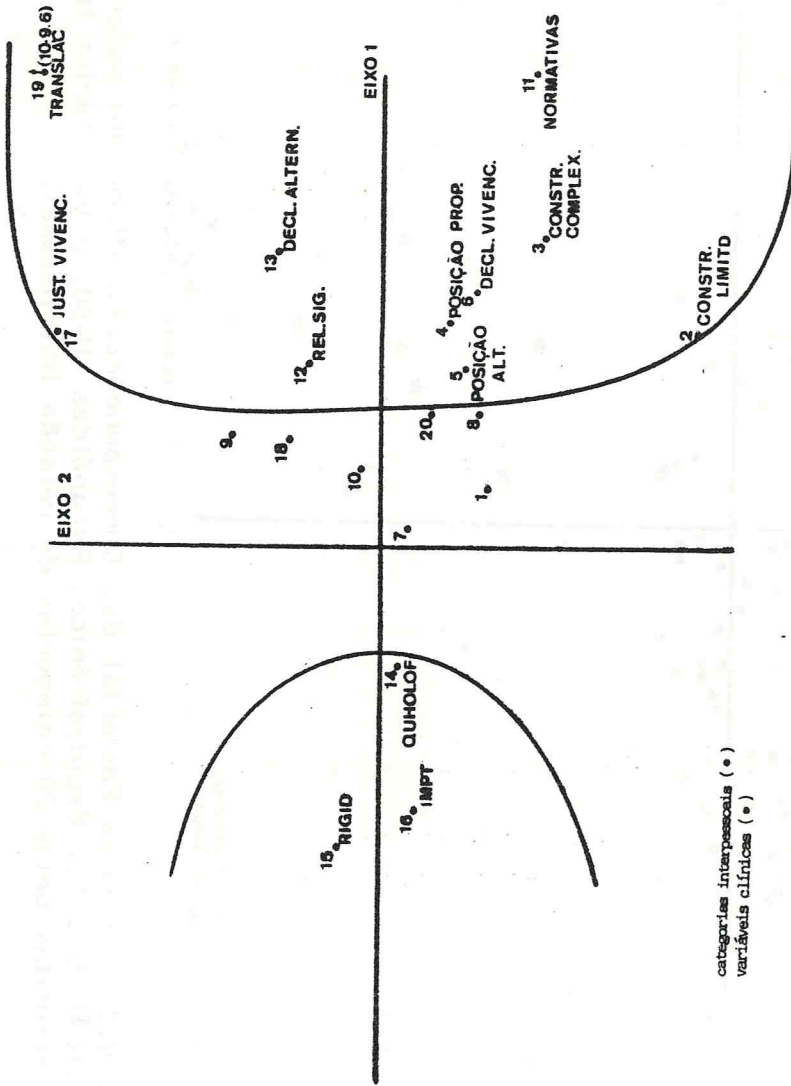


Gráfico V.23 - Análise Factorial das Correspondências. Plano das variáveis (1,2). 4ª SITUAÇÃO SOCIAL. Esquizofrênicos Paranóides (N=50) e Voluntários Normais (N=15) descritos pelas 20 categorias de relação interpessoal.

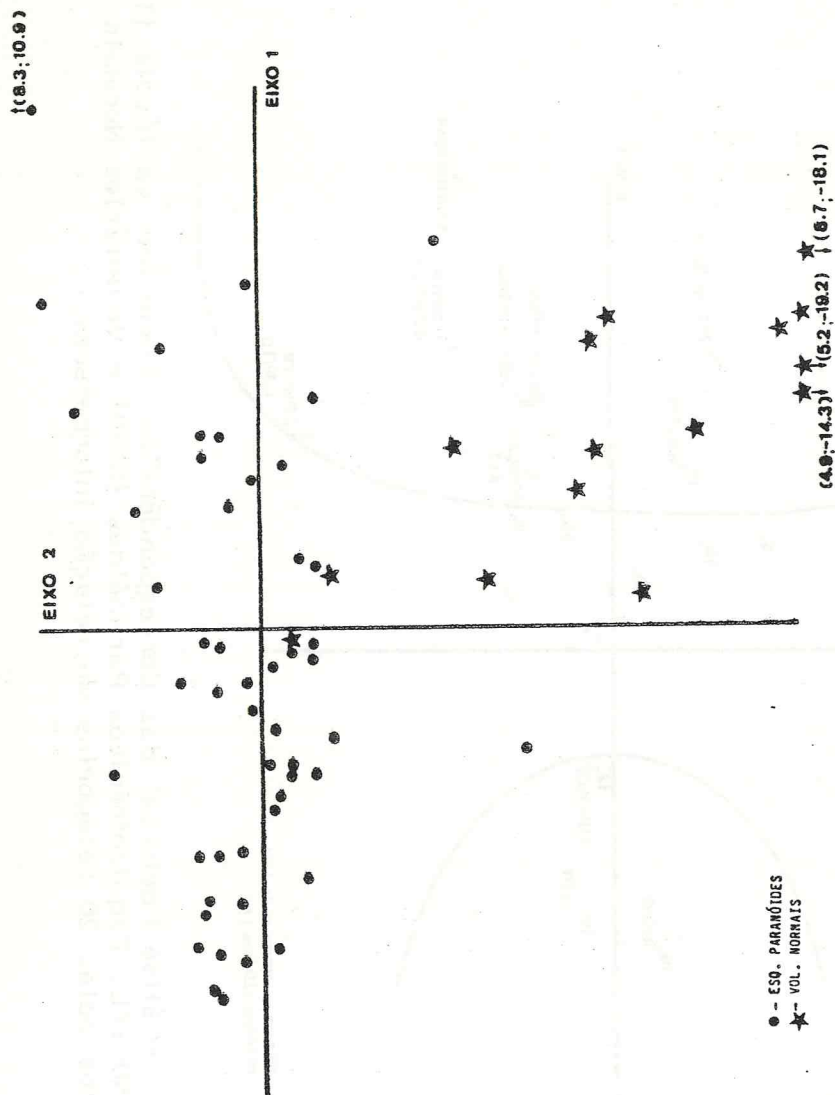


Gráfico V.25 - Análise Factorial das Correspondências. Plano dos sujeitos (1,2). 4ª SITUAÇÃO SOCIAL. Esquizofrênicos Paranóides (N=50) e Voluntários Normais (n=15) descritos pelas 20 categorias de relação interpessoal.

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

uma contribuição significativa por este extremo positivo do factor. Para o perfil "redutor" destas situações não há contribuição de nenhum sujeito normal. A inspecção dos Gráficos V.24 e V.25 permite constatar que, embora com variações, uma certa percentagem de normais estão posicionados na zona central do eixo 1, em qualquer das quatro situações sociais, em correspondência com variáveis sociais que não se têm revelado, ao longo das análises factoriais, como características de qualquer dos "perfis" de interacção bem definidos. A frequência mais elevada de normais neste posicionamento central surge sobretudo na segunda e terceiras situações sociais ao passo que nas primeira e quarta situações muitos dos normais deste grupo central vão assumir um perfil de interacção mais característico definido pelas categorias que estão em oposição nos polos factoriais. Na primeira situação os normais têm uma interacção na qual predomina uma limitação do uso e produção de caracterizações da situação social e de hipóteses elaboradas a partir dos dados de referência e com frequente adição de comentários exteriores durante as respostas; na quarta situação social definem-se por uma elaboração complexa dos dados e por uma distorção face à realidade social.

Síntese do 1º factor do estudo comparativo entre normais e esquizofrénicos paranóides.

Podemos concluir, de um modo geral, que o 1º **factor** tem uma marcada estabilidade na determinação de "perfis" ou padrões gerais de interacção social. Padrões não específicos nos doentes com esquizofrenia paranóide, parcialmente assumidos por indivíduos normais (em relação a algumas das suas características básicas) com maior versatilidade, menor rigidez e maior ligação às mudanças no contexto social.

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

À medida que decorre a interacção, os sujeitos normais vão-se "distanciando" da realidade e "aproximando" dos esquizofrénicos paranóides no uso de determinadas operações de identificação de dados sociais, de acordo com certos contextos sociais. No entanto, uma percentagem importante de normais tem um padrão situado no ponto "de equilíbrio" entre os extremos, um perfil de interacção incaracterístico em relação aos opostos.

Os normais, tal como os doentes, exploram hipóteses distanciadas da realidade, alteram os atributos com deslizes e mudanças semânticas, usam relações de significação pouco habituais e reorganizam os dados da situação. Se o fazem com retorno à realidade e ao contexto referencial, não deixam de utilizar processos de transformação de atributos que (à-priori) se poderiam supor como característicos da doença de grau psicótico.

O segundo factor destas análises vai caracterizar mais nitidamente os sujeitos normais. Neste factor há uma separação completa entre a totalidade de amostras de normais, em relação aos esquizofrénicos paranóides. Esta oposição vai permitir determinar as operações que os distinguem e que os caracterizam a nível da relação interpessoal.

O 2º factor pode ser considerado, nesta análise factorial das correspondências, como opondo o "perfil" de interacção social de um grupo de esquizofrénicos paranóides (em relação à amostra total) ao "perfil da normalidade". Neste factor em qualquer das quatro situações sociais, os esquizofrénicos paranóides posicionam-se no extremo positivo do eixo 2 e na zona central, enquanto que os normais se agrupam no extremo negativo deste eixo, sendo total a separação entre os dois grupos.

As categorias de relação interpessoal que contribuem para a formação do 2º factor e as respectivas percentagens de contribuição podem ser observadas nos Quadros 5.55 a 5.58.

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Para a descrição dos resultados do 2º factor - de separação entre os esquizofrénicos paranóides e os normais - iremos considerar para cada uma das situações sociais os padrões de relação interpessoal que caracterizam cada uma destas amostras.

O "perfil" de interacção social dos esquizofrénicos paranóides.

Ocupam estes doentes uma posição extrema no lado positivo do 2º factor. De um modo geral o que os distingue dos normais é o uso de operações de translação e mudança para situações externas ou internalizações de atributos simbolizados, distorções e mudanças semânticas bruscas ou lentas nos atributos da situação e reorganizações idiossincráticas dos dados (V.19). Esta categoria de interacção social é a mais significativa do lado dos esquizofrénicos, em todas as situações sociais e é específica do 2º factor na segunda e terceira situações. Como tem sido mencionado, o uso deste tipo de operações de identificação de dados, produz uma acentuada perda de ligação ao referencial.

Na primeira situação social os esquizofrénicos paranóides, no extremo positivo do 2º factor (Quadro 5.55), utilizam este tipo de operações geradoras de um acentuado desvio em relação à realidade, associadas às identificações erróneas de que as intervenções dos membros do grupo têm uma finalidade de ajuda e terapia, operações de justificação para as dificuldades nas respostas (de tipo vivencial, como base na existência de doença ou de sintomas) (V.19, V.18 e V.17). Simultaneamente estes doentes, têm tendência para manter rigidamente estes processos de caracterização e transformação de atributos nas produções verbais fornecidas na sequência das interrupções da primeira situação social, o que pode ser deduzido da associação de operações de manutenção das respostas ou rigidez (V.15).

Na segunda e terceira situações sociais o 2º factor é definido, no polo dos esquizofrénicos (positivo) apenas pela categoria denotada "Translac" (Quadro 5.56 e 5.57), já anteriormente descrita . Neste extremo do eixo ficam em correspondência um número mais reduzido de esquizofrénicos paranóides do que em relação à situação anterior. Nestas duas situações sociais podemos, portanto, considerar que este factor (polo positivo) tem uma natureza específica do uso de uma certa forma de identificação de dados e de formulação de hipóteses sobre a realidade. Esta, é caracterizada essencialmente pela profunda transformação dos atributos, modificação das suas qualidades, elaboração de novos contextos semânticos, transposição para o exterior ou introdução de atributos externos à situação e ausência de restrições ou de críticas à própria comunicação verbal, sem retorno à realidade.

Na quarta situação social o uso de operações de translação para situações exteriores, reorganização dos dados e mudanças de conteúdo semântico dos atributos (V.19) é feita também, simultaneamente, com uso de justificações para as dificuldades nas respostas de tipo vivencial, existência de doença ou de sintomas (V.17) e com menor percentagem de contribuição das caracterizações afectivas ou valorativas do próprio de carácter positivo ou das declarações de atitudes de cooperação com os outros (V.9), operações agrupadas no lado positivo do eixo 2 (Quadro 5.58). Em relação ao agrupamento de esquizofrénicos que contribuem para este extremo do 2º factor há alguma analogia com o mesmo factor (lado positivo) da quarta situação social na análise feita sem a comparticipação dos normais. Os doentes com uma correspondência mais significativa para este padrão de categorias - padrão "modificador"- são os mesmos nas duas análises factoriais, embora com diferente ordenamento na sua participação relativa.

De um modo geral, no entanto, em qualquer das situações sociais que considerámos, os esquizofrénicos paranóides agrupam-se na zona central deste 2º eixo e vão corresponder, na sua grande maioria, aos que na

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

análise anterior (sem os normais) se posicionavam no lado negativo do 2º factor - com características opostas aos do polo positivo da actual análise - numa interacção social com menor perda de ligação ao referencial, através de caracterizações parcelares da situação. É como se os normais pelo facto de se agruparem no extremo negativo do eixo 2 "deslocassem" os esquizofrénicos no sentido positivo e produzissem o seu posicionamento na zona central.

Para a caracterização da interacção social dos esquizofrénicos paranóides agrupados no polo positivo, este factor extraído da matriz conjunta com os normais, tem as características de um segundo factor, isto é, determina agrupamentos de variáveis em "perfis" que estão subjacentes aos padrões básicos de interacção do 1º factor cuja estabilidade, ao longo dos sucessivos tratamentos matemáticos dos dados, nos permite considerá-lo como constituindo os extremos dimensionais de um factor geral de interacção social.

O "perfil" de interacção social dos voluntários normais.

Nas quatro situações sociais estes sujeitos agrupam-se na sua totalidade no lado negativo do 2º factor para o qual contribui, com alguma percentagem, um número muito reduzido de doentes esquizofrénicos paranóides (um doente nas situações 2 e 4, dois doentes na situação 1 e três na situação 3) (Quadros 5.55 a 5.58)

Pode considerar-se que as categorias que se agrupam neste extremo negativo do eixo 2, determinam o padrão de interacção social da "normalidade".

Este "perfil" tem um núcleo de categorias invariantes e comuns às quatro situações sociais: declarações vivenciais (V.6), agregação de referências ou referências com construção limitada a dois níveis (V.2) e construções lógicas complexas com relações elaboradas entre atributos (V.3). A este núcleo vão

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.19-Cont.Ext./Trans lac/Reorg./"drift" Sem.	4.02	V.20-Coment. Mist.	43.97
V.17-Just.Vivenc./ Doença/Decl.Sint.	3.64	V. 6-Decl. Vivenc.	16.19
V.15-Rigid.	3.52	V. 2-Agreg./Constr. Limit.	5.25
V.18-Decl. Ajuda/ Terap./Diag.	3.44	V. 3-Constr.Complex/ Explor. Hip.	3.86
		V. 8-Afect.e Val. Alt. Negat./Regei. Alt.	3.49
		V.13-Decl. Altern.	3.27

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 20	5.47	V 14	28.16
E 43	4.47	V 8	12.94
E 38	4.03	V 6	12.21
E 40	3.60	V 5	9.59
E 19	3.41	V 10	9.44
E 37	3.32	V 4	9.09
E 10	3.27	V 2	8.83
E 6	3.26	V 15	8.79
		V 12	6.52
		V 1	5.88
		V 7	5.77
		V 11	4.89
		V 9	4.81
		V 3	4.53
		V 13	4.10
		E 11	3.88
		E 15	3.16

QUADRO 5.55-SITUAÇÃO 1. FACTOR 2 (Taxa de inércia - 14,4%)

Amostra de NORMAIS e ESQUIZOFRÊNICOS (N=65)

Análise Factorial das correspondências - 20 variáveis sociais

(E - Esquizofrênicos paranóides) (V - Normais)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

associar-se outras operações de identificação de dados de acordo com o contexto ou situação social: referências elementares, comentários mistos de dados de natureza afectiva ou vivencial agregados a identificações referenciais de atributos parcelares (V.20), declaração de hipóteses alternativas (V.13) e caracterizações normativas (V.11).

As caracterizações referenciais parcelares identificadas e elaboradas sob a forma de um comentário misto complexo com dados de conteúdo vivencial estão, na primeira situação social, associadas a desvalorizações dos outros ou atribuições de afectos e atitudes negativas em relação ao sujeito. Verifica-se ainda, nesta situação, o uso de restrições e autolimitações às próprias hipóteses e afirmações que vão sendo produzidas (V.20, V.6, V.3, V.8 e V.13 - Quadro 5.55). Este "perfil" de interacção é idêntico, neste grupo de sujeitos normais, ao que se formara na terceira situação social (Quadro 5.57). É na segunda situação social que os normais produzem um menor número e variedade de caracterizações da situação social no seu conjunto ou dos seus atributos, estando o seu padrão de interacção restringido à elaboração complexa de dados vivenciais e de dados de referência (V.6, V.3, V.2 e V.1 - Quadro 5.56). Na quarta situação social há uma elaboração complexa de caracterizações normativas mantendo-se a importância para a formação do 2º factor das declarações vivenciais (V.6, V.2, V.3 e V.11 - Quadro 5.58). É de assinalar, que as caracterizações afectivas não fornecem qualquer contribuição para o "perfil" dos normais na primeira situação social ao contrário do que sucede com os esquizofrénicos paranóides.

Da análise destes agrupamentos podem ser deduzidas as características da interacção social dos normais em pequenos grupos quando confrontadas com os esquizofrénicos paranóides.

Os normais produzem um número mais elevado de **declarações da experiência vivencial** ou privada, fazem mais **construções referenciais** complexas, construções de nível limitado de inferência e agregações

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.19-Cont.Ext./Translac/Reorg./"Drift" Sem.	7.06	V. 6-Decl. Vivenc.	15.62
		V. 3-Constr.Complex/Explor. Hip.	5.54
		V. 2-Agreg./Constr. Limit.	3.75
		V. 1-Refer	3.56

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 47	5.35	V 13	11.44
E 32	4.59	V 15	10.83
E 10	3.88	V 2	10.46
		V 6	10.24
		V 5	9.36
		V 14	9.09
		V 10	7.90
		V 7	7.79
		V 1	7.18
		V 4	6.35
		V 9	4.90
		V 8	4.86
		V 11	4.64
		V 3	3.85
		E 21	3.75
		V 12	3.13

QUADRO 5.56-SITUAÇÃO 2. FACTOR 2 (Taxa de inércia - 15,7%)

Amostra de NORMAIS e ESQUIZOFRÊNICOS (N=65)

Análise Factorial das correspondências - 20 variáveis sociais

(E - Esquizofrênicos Paranóides) (V - Normais)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

entre atributos de referência, produzem um número mais elevado de **caracterizações referenciais elementares** das situações sociais. A este padrão de categorias associam-se comentários mistos de natureza vivencial ou afectiva anexados às identificações referenciais, **caracterizações afectivas** ou **valorativas atribuídas aos outros** com carácter **negativo** e atitudes de rejeição do sujeito, declarações de hipóteses alternativas ou autolimitativas e operações de **caracterização normativa** relativa ao próprio ou aos outros participantes na situação.

Por oposição ao extremo deste factor, em correspondência com o qual se situam os doentes esquizofrénicos, constatamos que os normais **exploram um menor número de hipóteses distanciadas da realidade**, fazem menos reorganizações e mudanças para situações exteriores desligadas da actual, fazem menos distorções ou mudanças semânticas nos atributos da realidade, utilizam **menos justificações** para eventuais dificuldades nas respostas, têm tendência para se sentirem **menos ajudados** pelos outros membros do grupo e finalmente são **menos rígidos**, isto é, fornecem um menor número de respostas repetitivas (quer de interrupção para interrupção dentro da mesma situação, quer nas mudanças de situação).

Em relação aos dois grupos (normais e esquizofrénicos paranóides) há um conjunto de categorias que por se situarem na zona central do eixo, em todas os factores das quatro situações sociais, podemos considerar que não contribuem para a sua separação. Desse modo, os doentes esquizofrénicos paranóides não se diferenciam dos sujeitos normais no que diz respeito ao uso de caracterizações afectivas ou valorativas em relação aos outros com carácter positivo ou referidas ao próprio sujeito mas com carácter negativo, ao uso de caracterizações da posição dos outros ou do próprio na relação interpessoal, à produção de declarações de tipo holofrástico, com limitação do uso de atributos da realidade, às alterações na organização dos dados com retorno ao referencial, ao estabelecimento de relações não habituais de

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIAVEIS	% de contrib	VARIAVEIS	% de contrib
V.19-Cont.Ext./Translac/Reorg./"Drift" Sem.	8.23	V. 6-Decl. Vivenc.	14.86
		V.20-Coment. Mist.	14.04
		V. 3-Constr.Complex	6.33
		V. 2-Constr.Limitd.	6.05
		V. 1-Refer	3.93
		V.13-Decl. Altern.	3.37

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 47	6.18	V 8	15.88
E 32	5.28	V 4	14.63
E 10	4.46	V 3	12.37
E 43	3.90	V 14	10.95
		V 7	10.72
		V 6	9.82
		V 15	9.64
		V 2	8.42
		V 5	8.14
		V 11	7.87
		V 10	7.22
		V 9	6.98
		V 13	6.65
		E 4	5.42
		V 12	4.29
		V 1	3.78
		E 1	3.67
		E 5	3.12

QUADRO 5.57- SITUAÇÃO 3. FACTOR 2 (Taxa de inércia - 15,7%)

Amostra de NORMAIS e ESQUIZOFRÊNICOS (N=65)

Análise Factorial das correspondências - 20 variáveis sociais

(E - Esquizofrênicos paranóides) (V - Normais)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

significante - significado, à simples condensação numa palavra ou frase curta de proposições complexas mas sem alterações do significado e às acentuações semânticas afectivas ou valorativas sem modificação do significado dos atributos.

Nesta análise factorial de correspondências que temos estado a descrever, o **3º factor** torna a não separar os sujeitos normais dos doentes esquizofrénicos paranóides e vai pôr em correspondência padrões de ocorrência de categorias sociais subjacentes aos dois primeiros factores com agrupamentos de sujeitos constituídos em geral por subamostras de pequena dimensão.

Na primeira situação (Quadro 5.59) o 3º factor separa alguns sujeitos (normais e esquizofrénicos nos 2 extremos) que atribuem aos outros caracterizações afectivas ou valorativas com caracter negativo ou atitudes de rejeição do próprio (V.8, polo positivo) de um outro agrupamento de sujeitos que utilizam comentários mistos de natureza complexa (afectiva e vivencial com dados elementares de referência) associadas às respostas (V.20) e simultaneamente produzem justificações vivenciais, baseadas na existência de doença ou sintomas (V.17), declarações de que são incapazes de se adaptar à situação (V.16), operações de translação para contextos exteriores ou introdução desses temas na situação actual com alterações semânticas e reorganizações dos dados (V.19) e fazem ainda declarações de que existe uma finalidade de ajuda ou terapêutica do grupo (V.18). É de assinalar que neste factor do lado positivo, zona central, se agrupam a quase totalidade das caracterizações afectivas e valorativas associadas ao uso de referências sob a forma proposicional ou predicativa. Caracterizações que são formuladas quer em relação ao próprio sujeito de experiência quer relativamente aos outros intervenientes na situação. Apenas o uso de operações de desvalorização dos outros e atribuição de afectos negativos, possui uma percentagem de contribuição significativa e acima do

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V. 19-Cont.Ext./Translac/Reorg./"Drift" Sem.	9.64	V. 6-Decl. Vivenc.	20.58
V. 17-Just.Vivenc./Doença/Decl.Sint.	6.96	V. 2-Agreg./Constr. Limit.	6.84
V. 9-Afect. e Val. Prop. Posit./Coop. Prop.	3.11	V. 3-Constr.Complex/Explor. Hip.	3.51
		V. 11-Decl.Normativas	3.41

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 47	8.46	V 14	19.20
E 32	4.56	V 7	18.14
E 42	3.90	V 5	14.35
E 43	3.11	V 6	11.82
		V 8	11.26
		V 3	9.47
		V 10	8.12
		V 15	7.54
		V 13	7.29
		V 2	7.11
		V 1	6.84
		E 4	5.62
		V 9	4.71
		V 12	4.14

QUADRO 5.58-SITUAÇÃO 4.FACTOR 2 (Taxa de inércia - 15,7%)

Amostra de NORMAIS e ESQUIZOFRÊNICOS (N=65)

Análise Factorial das correspondências - 20 variáveis sociais

(E - Esquizofrênicos paranóides) (V - Normais)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

limiar fixado, formando o polo positivo do factor. Nesta primeira situação social o 3º factor produz uma oposição entre um padrão de caracterizações parcelares de tipo afectivo e valorativo e uma estratégia mais global, distanciada e distorcida em relação à realidade, com afirmações de incapacidade própria associadas a operações de justificação para as dificuldades nas respostas e a sentimentos erróneos de que existe uma intenção de ajuda ou terapia por parte dos outros. Ambas as caracterizações são utilizadas por sujeitos normais e esquizofrénicos paranóides.

Na segunda situação (Quadro 5.60) surge neste 3º factor um padrão semelhante de interacção social. Num dos extremos do eixo (polo negativo), às declarações erróneas da existência de uma intenção de ajuda ou terapêutica do grupo em relação ao sujeito de experiência, associam-se as justificações para as dificuldades nas respostas com apelo à experiência privada do próprio, à existência de uma doença ou presença de sintomas (V.18 e V.17), categorias que tinham surgido agrupadas na situação anterior e que, nesta situação, estão associadas às caracterizações normativas (V.11). O extremo positivo deste 3º factor é constituído apenas pelos comentários mistos, de dados de referência a dados vivenciais ou afectivos, exteriores à situação (V.20).

No plano dos sujeitos em qualquer das duas situações sociais, este factor não separa os normais dos esquizofrénicos paranóides, embora estes últimos contribuam mais para o extremo negativo, ou seja, para o padrão mais distanciado dos atributos da situação.

Na terceira situação social (Quadro 5.61) é interessante verificar que no 3º factor os sujeitos normais predominam no extremo (positivo) do eixo em correspondência com a associação entre as declarações vivenciais, próximas da referência, com as construções e elaborações complexas de dados referenciais (V.6 e V.3), agrupamento de categorias que se opõem a um outro padrão em correspondência com o qual predominam os doentes esquizofrénicos paranóides, constituído

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V. 8-Afect.e Val.Alt. Negat./Rejei.Alt.	4.62	V.20-Coment. Mist.	55.29
		V.17-Just.Vivenc./ Doença/Decl.Sint.	4.91
		V.16-Incapacidade/ Decl. Impot.	3.73
		V.19-Cont.Ext./Trans- lac/Reorg./"Drift" Sem.	3.30
		V.18-Decl. Ajuda/ Terap./Diag.	3.14

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 48	4.13	V 14	27.87
V 15	3.96	V 9	6.73
E 3	3.67	E 20	4.05
E 36	3.47	E 34	3.74
V 12	3.10	E 37	3.25

QUADRO 5.59 - SITUAÇÃO 1. FACTOR 3 (Taxa de inércia 7,9%)

Amostra de NORMAIS e ESQUIZOFRÊNICOS (N=65)

Análise Factorial das correspondências-20 variáveis sociais

(E - Esquizofrênicos Paranóides) (V - Normais)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

por uma associação entre as declarações de intenção de ajuda ou terapêutica por parte dos outros - atributos de natureza referencial nesta situação - com as operações de definição das características da personalidade dos participantes no grupo, que levam à definição da sua posição na relação (lado negativo, V.18 e V.5).

No plano dos sujeitos podemos, em síntese, afirmar que este factor separa um grupo de normais associados a alguns esquizofrênicos paranóides, no polo positivo, que utilizam referências sob uma forma tão elementar que não conduz a uma identificação de atributos da situação. Atributos que estarão possivelmente "recobertos" pelas caracterizações vivenciais que os normais utilizam com elevada frequência nesta situação. A este agrupamento opõe-se (polo negativo) um outro conjunto de sujeitos, no qual predominam os esquizofrênicos paranóides que identificam correctamente os atributos da situação simulada embora os integrem num contexto terapêutico, possivelmente por identificarem a situação simulada a situações vivenciadas da vida real e que simultaneamente constroem uma "identidade" para os participantes na interacção.

Na quarta situação social também não se observa, para a formação do terceiro factor (Quadro 5.62), um predomínio de qualquer dos subgrupos: sujeitos normais e doentes esquizofrênicos paranóides. Este factor volta a ter a natureza de um factor específico, polo positivo, das operações de desvalorização, afirmadas pelo sujeito em relação aos membros do grupo, caracterizações afectivas negativas e atitudes de rejeição em relação ao próprio - atribuídas aos outros intervenientes na situação (V.8). No extremo oposto, polo negativo, posicionam-se um conjunto de categorias de interacção social constituídas por declarações de natureza vivencial, justificações vivenciais ou de doença para as dificuldades nas respostas, categorias associadas às declarações (erróneas) de que os membros do grupo têm, em relação ao sujeito, uma intenção de ajuda ou finalidade

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.20-Coment. Mist.	10.6	V.17-Just.Vivenc./ Doença/Decl.Sint.	10.47
		V.18-Decl.Ajuda/ Terap./ Diag.	6.17
		V.11-Decl.Normati- vas	4.92

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
V 12	4.08	E 16	6.15
E 11	4.01	E 47	4.17
E 45	3.59	E 20	3.43
E 39	3.51		
V 11	3.20		

QUADRO 5.60-SITUAÇÃO 2. FACTOR 3 (Taxa de inércia - 7,4%)

Amostra de NORMAIS E ESQUIZOFRÊNICOS (N=65)

Análise Factorial das correspondências - 20 variáveis socias

(E - Esquizofrênicos paranóides) (N - Normais)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

terapêutica e ainda às operações que conduzem a um maior distanciamento e modificação da realidade e que consistem em translações para o exterior ou intromissão de conteúdos externos à situação, reorganização de dados com distorções semânticas, mudanças semânticas, parcelares ou globais, nos atributos (V.6, V.7, V.18 e V.19). Estas operações são, neste extremo do eixo, elaboradas com um nível limitado de complexidade lógica ou mesmo por simples agregação de dados (V.2).

Os sujeitos que entram em correspondência com estes agrupamentos factoriais de categorias pertencem aos dois grupos - voluntários normais e esquizofrénicos paranóides - que não se separam no plano factorial (1,3) desta situação, embora se verifique, em qualquer dos extremos, um predomínio de sujeitos da amostra patológica. Opõe-se neste factor da quarta situação social, tal como na primeira situação, a um polo específico de caracterizações de natureza afectiva uma estratégia mais global de lidar com a realidade social, com perda do contacto com o referencial da situação.

Podemos sintetizar o terceiro factor, em qualquer das situações sociais, como sendo específico de alguns tipos de caracterizações parcelares. Por um lado da atribuição aos outros de uma desvalorização, de atitudes e afectos negativos, de declarações de natureza vivencial que podem surgir sob a forma de comentários mistos ou sob a forma de justificações. Por outro, da atribuição ao grupo de intenções de ajuda e tratamento em relação ao sujeito, atributos com carácter positivo, por vezes associados a dados da experiência privada do sujeito. É ainda caracterizado por um conjunto de operações distanciadas do referencial, na maior parte das situações, com modificações e reorganizações dos dados da situação actual.

Genéricamente, o que caracteriza este terceiro factor é um "modo de interacção" que tem, possivelmente, como ponto de partida a experiência vivencial dos esquizofrénicos paranóides relativa a

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V. 6-Decl. Vivenc.	3.44	V.18-Decl.Ajuda/ Terap./Diag.	11.89
V. 3-Constr.Complex/ Explor. Hip.	3.15	V. 5-Posição Alter/ Alo.-Constr.	5.24

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
V 5	6.17	E 21	13.28
V 6	4.50	V 11	5.55
V 19	4.30	E 9	3.64
V 4	3.47	E 35	3.56
E 4	3.41	E 29	3.39
V 2	3.34		

QUADRO 5.61 SITUÇÃO 3. FACTOR 3. (Taxa de inércia 9,8%)

Amostra de NORMAIS e ESQUIZOFRÊNICOS (N=65)

Análise Factorial das correspondências-20 variáveis sociais

(E - Esquizofrênicos paranóides) (V - Normais)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

situações hospitalares de tipo terapêutico ou a outras vivências ligadas à doença e à identificação, feita por alguns normais, da situação simulada a uma situação concreta de teste ou de experiência médica que ocorre no meio hospitalar. Experiências vivenciais, num ou no outro caso, conducentes à identificação da situação simulada a uma situação de ajuda ou a uma situação cujos fins são terapêuticos ou de diagnóstico. Nesta hipótese interpretativa, admite-se que a integração da experiência pessoal (relativa ao nível concreto das condições de experiência ou de teste) ou vivencial (referente a terapêuticas, à doença ou aos sintomas), no contexto médico em que decorrem as situações sociais, possa ser um factor determinante da identificação de atributos e construção de hipóteses. Em ambos os casos há, no entanto, uma perda de ligação ao referencial das situações simuladas e uma "ancoragem" quer à situação experimental objectiva e concreta quer a factos e vivências subjectivas da vida real do sujeito. O polo cognitivo que estava subjacente ao perfil "modificador" da realidade no 1º factor, opõe-se um tipo de caracterizações, mais específicas e isoladas, de natureza afectiva, valorativa ou ainda vivencial.

O 4º factor só vai acrescentar informação em relação ao 3º factor que estivemos a analisar, nas primeira e quarta situações sociais.

Na primeira situação social é um factor de separação entre dois subgrupos de sujeitos normais (Quadro 5.63): por um lado um grupo de sujeitos que fazem comentários complexos mistos, com combinações de dados vivenciais a dados de referência parcelar sobre a situação e que simultaneamente desvalorizam os outros, atribuem-lhes afectos negativos e atitudes de crítica ou rejeição face ao sujeito (lado positivo V.20 e V.8) e por outro os sujeitos que produzem caracterizações normativas associadas a declarações vivenciais, mais próximas da referência, sem uma conotação valorativa ou afectiva, relativas ao próprio sujeito ou aos outros membros do grupo

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V. 8-Afect.e Val.Alt. Negat./Regei.Alt.	5.71	V. 6-Decl. Vivenc.	9.95
		V.17-Just.Vivenc./ Doença/Decl.Sint.	8.71
		V.18-Decl. Ajuda/ Terap./Diag.	7.68
		V.19-Cont.Ext./Trans lac/Reorg./"Drift" Sem.	5.47
		V. 2-Agreg/Constr. Limit.	5.01

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 23	6.63	V 14	10.54
V 10	4.56	V 7	9.49
V 4	4.53	E 47	7.70
E 45	4.52	V 5	7.46
E 39	4.26	E 4	4.98
E 49	3.81	E 9	4.96
E 48	3.23	E 15	3.56
E 30	3.06	E 20	3.53
		E 13	3.34
		V 6	3.13
		E 12	3.04
		V 9	3.01

QUADRO 5.62-SITUAÇÃO 4. FACTOR 3 (Taxa de inércia 10,8%)

Amostra de NORMAIS e ESQUIZOFRÊNICOS (N=65)

Análise Factorial das correspondências - 20 variáveis sociais

(E - Esquizofrênicos paranóides) (V - Normais)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.20-Coment. Mist.	45.47	V. 6-Decl.Vivenc.	10.20
V. 8-Afect.e Val.Alt. Negat./Rejeit.Alt.	4.17	V.11-Decl.Normati- vas	4.45

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
V 14	20.87	V 10	8.71
V 9	3.67	V 8	8.47
V 4	3.63	V 6	8.24
E 3	3.30	V 2	6.23
		V 7	5.01
		V 11	4.86
		V 1	4.26
		V 5	4.20
		V 3	3.07

QUADRO 5.63-SITUAÇÃO 1. FACTOR 4 (Taxa de inércia 6,7%)

Amostra de NORMAIS e ESQUIZOFRÊNICOS (N=65)

Análise Factorial das correspondências - 20 variáveis sociais

(E - Esquizofrênicos paranóides) (V - Normais)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

(V.6 e V.11).

Na quarta situação social verifica-se no 4º factor de novo uma separação entre esquizofrénicos paranóides e sujeitos normais (Quadro 5.64). Os esquizofrénicos estão em correspondência com o agrupamento das operações de definição da posição, dos outros ou do próprio, na relação através de caracterizações do nível da personalidade ou de construção de uma "identidade", dos outros ou do próprio, operações associadas com as proposições de carácter normativo (lado positivo, V.5, V.4 e V.11). No polo oposto do eixo (negativo) os normais correspondem ao uso específico da operação de declarações da experiência privada ou vivencial atribuídas ao próprio ou aos outros (V.6).

Na segunda e terceira situações sociais os sujeitos normais não se separam dos esquizofrénicos paranóides a nível do 4º factor.

Na segunda situação social (Quadro 5.65) este 3º factor que estamos a analisar tem no polo negativo uma natureza específica das operações de justificação vivencial, por doença ou sintomas (V.17), variável fornecida, especificamente nesta situação, por uma subamostra de sujeitos normais e esquizofrénicos paranóides que se posicionam nesse extremo do eixo. No polo oposto (positivo), vão agrupar-se também um pequeno número de normais e de esquizofrénicos paranóides que fornecem simultaneamente declarações vivenciais, incluídas ou não em comentários mistos complexos, produzem declarações de incapacidade para lidar com os dados da situação e fazem operações de translação para a realidade exterior, com reorganizações, distorções e mudanças semânticas nos atributos (V.6, V.20, V.16 e V.19).

Na terceira situação social (Quadro 5.66) os agrupamentos de categorias do lado negativo do eixo consistem, na associação simultânea das declarações de incapacidade com as operações de translação externa, distorções nos dados com reorganizações e modificações semânticas, operações que surgem em conjunto com as declarações de ajuda, de terapia e diagnóstico

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.20-Coment. Mist.	5.07	V.17-Just.Vivenc./ Doença/Decl. Sint.	4.35
V.16-Incapacidade/ Decl. Impot.	4.77		
V.19-Cont.Ext./Trans lac/Reorg./"Drift" Sem.	4.55		
V. 6-Decl. Vivenc.	3.39		

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
V 10	6.06	V 12	4.97
V 9	4.94	E 9	4.62
E 4	4.55	V 14	4.60
V 13	3.25	E 29	4.26
E 5	3.04	E 12	3.68
		E 21	3.06

QUADRO 5.65-SITUAÇÃO 2. FACTOR 4 (Taxa de inércia-6,1%)

Amostra de NORMAIS e ESQUIZOFRÊNICOS (N=65)

Análise Factorial das correspondências - 20 variáveis sociais

(E - Esquizofrênicos paranóides) (V - Normais)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V.20-Coment.Mist.	12.27	V.16-Incapacidade/ Decl. Impot.	9.57
V.11-Decl. Normati- vas.	4.27	V.19-Cont.Ext./Trans lac/Reorg./"Drift" Sem.	4.51
		V.18-Decl. Ajuda/ Terap./ Diag.	3.57

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
V 4	4.96	E 19	11.39
V 13	3.98	V 11	9.02
V 3	3.85	E 30	4.15
E 17	3.82	E 47	3.78
E 12	3.64	E 24	3.76
E 36	3.49	E 8	3.51
E 18	3.19		
V 8	3.14		
E 28	3.14		
E 2	3.14		

QUADRO 5.66- SITUAÇÃO 3. FACTOR 4 (Taxa de inércia-8,38)

Amostra de NORMAIS e ESQUIZOFRÊNICOS (N=65)

Análise Factorial das correspondências - 20 variáveis sociais

(E - Esquizofrênicos paranóides) (V - Normais)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

por parte dos outros (V.16, V.19 e V.18). Para este polo factorial corresponde sobretudo um agrupamento de esquizofrénicos paranóides associados apenas a um sujeito voluntário normal.

No extremo positivo, agrupa-se um subconjunto de sujeitos, também normais e esquizofrénicos paranóides, que associam as caracterizações normativas com comentários complexos, mistos de dados vivenciais ou afectivos com dados de referência parcelares, declarações expressas pelo sujeito em independência em relação à pergunta a que estão a responder (V.11 e V.20).

Os padrões determinados pelo 4º factor são, em síntese, constituídos por categorias isoladas ou por associações de categorias que ainda não tinham surgido nos planos factoriais por estarem subjacentes aos primeiros três factores, cuja estrutura é mais forte nos dados. Na primeira situação evidencia-se a separação entre dois grupos de normais: os que face à situação exprimem as suas vivências associadas a declarações afectivas ou valorativas e os que as associam a declarações normativas.

A separação entre os normais e esquizofrénicos paranóides é nítida, sobretudo na quarta situação social, situação que evoca, num subgrupo de sujeitos normais, declarações de natureza vivencial enquanto que o subgrupo oposto factorialmente de esquizofrénicos se define pelas caracterizações normativas associadas a definições da posição, do sujeito ou dos outros, na relação interpessoal. Representam estes padrões variantes dos modos da interacção básicos, definidos principalmente a nível dos 1º e 2º factores desta análise factorial. Continua a verificar-se, a nível destes factores subjacentes às formas gerais de interacção social em pequenos grupos, uma diferença nítida entre sujeitos "voluntários normais" e sujeitos "esquizofrénicos paranóides", possuindo os primeiros uma maior competência referencial em relação à capacidade de identificação dos atributos da realidade e de actualização de um estado de conhecimento necessário para lidar com situações de relação interpessoal.

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Lado Positivo		Lado Negativo	
VARIÁVEIS	% de contrib	VARIÁVEIS	% de contrib
V. 11-Decl. Normativas	13.45	V. 6-Decl. Vivenc.	5.75
V. 5-Posição Alt./ Alo-Constr.	4.59		
V. 4-Posição Prop./ Just. Pers./Auto-Constr.	4.18		

Lado Positivo		Lado Negativo	
SUJEITOS	% de contrib	SUJEITOS	% de contrib
E 21	8.44	V 10	10.37
E 12	6.19	V 14	5.62
E 7	3.52	V 5	5.23
E 9	3.49	V 9	5.09
		V 13	4.48
		V 8	4.02
		V 4	4.00
		E 23	3.36

QUADRO 5.64- SITUAÇÃO 4. FACTOR 4 (Taxa de inércia- 8,0%)

Amostra de NORMAIS e ESQUIZOFRÊNICOS (N=65)

Análise Factorial das correspondências - 20 variáveis sociais

(E - Esquizofrênicos paranóides) (V - Normais)

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

O "perfil" de relação interpessoal da esquizofrenia paranóide e o "perfil da normalidade" - SÍNTESE DOS RESULTADOS.

A análise factorial das correspondências aplicada às matrizes de dados das quatro situações sociais, constituídas por 65 sujeitos - doentes esquizofrénicos paranóides e voluntários normais - descritos pelas 20 categorias de interacção social, permitiu isolar:

a) factores gerais ou básicos de interacção social equivalentes aos padrões - "reductor" e "modificador reorganizativo" da realidade - formados por agrupamentos de categorias de interacção que mantêm uma elevada estabilidade, quer na mudança de situações sociais, quer nas variações de composição das amostras, quando comparados com os obtidos em análises anteriores.

b) Os sujeitos normais da amostra em estudo, partilham com os esquizofrénicos paranóides os dois modos extremos de lidar com a realidade social e de interagir na relação interpessoal, diferenciando-se destes últimos por serem mais flexíveis, com uma estratégia de interacção menos rígida e mais adaptáveis ao contexto social. Os esquizofrénicos paranóides, em oposição, têm um maior grau de rigidez, são mais holofrásticos, exprimem um maior número de declarações de incapacidade para lidar com a situação, têm uma maior tendência para justificar as dificuldades nas respostas e exprimem, mais do que os normais, o sentimento erróneo de que estão a ser ajudados pelos outros.

c) o padrão característico da interacção social dos sujeitos normais, designado por "perfil da normalidade" surge no 2º factor, ao nível do qual se faz a separação completa entre normais e esquizofrénicos paranóides. As características cognitivas de relação interpessoal dos sujeitos normais, na amostra

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

em estudo, são: um grau mais elevado de caracterizações referenciais das situações sociais - elementares, elaboradas com um ou mais níveis de inferência - com uma maior ligação ao contexto ou conteúdo particular de cada situação e uma elevada analogia com a perspectiva dos outros participantes na relação interpessoal, uma tendência mais elevada para desvalorizarem ou exprimirem sentimentos negativos em relação àqueles com quem entram em interacção, do que para os valorizarem ou exprimirem sentimentos positivos em relação a eles. Os sujeitos normais produzem ainda um número mais elevado de declarações referentes às suas vivências pessoais, desligadas ou não da situação de interacção social ou da pergunta que lhes foi formulada.

d) A característica mais significativa do "perfil" de relação interpessoal dos esquizofrénicos paranóides, determinado pelo 2º factor, é a sua tendência para a "criação" ou construção de novas interacções distanciadas e exteriores à actual, com distorções, reorganizações dos dados e mudanças no conteúdo semântico dos atributos.

c) Outros subconjuntos de categorias que se agrupam nos 3º e 4º factores correspondem a modos particulares de interacção, feitos de caracterizações parcelares das situações sociais, de natureza afectiva, vivencial ou normativa, padrões que estão subjacentes às estruturas "mais fortes" do 1º e do 2º factor. As caracterizações vivenciais podem produzir-se com ou sem perda de ligação ao referencial. No primeiro caso, podem revelar uma excessiva "ancoragem" à situação concreta em que decorre a experiência ou ainda à vida real e a vivências subjectivas do próprio sujeito. Este tipo de caracterizações não é específico de nenhum dos grupos contidos na amostra total, podendo surgir tanto nos sujeitos normais como nos esquizofrénicos paranóides.

Estes resultados não diferem basicamente dos obtidos nos estudos comparativos com vários grupos de diagnóstico, nos quais o "perfil" da normalidade na

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

relação interpessoal é descrito como possuindo "elevado nível de elementaridade, complexidade média ou complexidade elevada, através de caracterizações referenciais, proposicionais ou predicativas, do meio social e natural, que tem um alto grau de afinidade com a perspectiva dos outros participantes na relação" (J.S. Fonseca e col., 1982). No outro extremo, a normalidade é feita de "distanciamento da realidade imediata e exploração de hipóteses distorcidas, com ou sem retorno ao senso comum, uso quase negligenciável de hipóteses altamente distorcidas ou de conteúdo exterior à relação na qual os sujeitos estão a intervir". Os normais são ainda descritos como sendo capazes de "modular as suas declarações afectivas e valorativas" com uma tendência para fornecerem um maior número de declarações deste tipo, respeitantes a outros, de sinal negativo e de exprimirem um maior número de declarações afectivas e valorativas em relação a si próprio com carácter positivo. A tendência desta população normal para os padrões extremos da interacção é descrita no mesmo artigo: "partilham (os normais) com os esquizofrénicos paranóides uma tendência, não negligenciável, para a hiperinclusão e distorção, mas têm também de comum com eles e com os obsessivos neuróticos uma tendência para a sub-inclusão e expressão de pontos de vista contraditórios ou autolimitativos". Nas mesmas investigações tinha sido verificado que os esquizofrénicos paranóides (Figueira, M.L., Simões da Fonseca, J.S., 1982) ao nível cognitivo da relação interpessoal utilizavam estratégias de defesa ou de auto-afirmação caracterizadas por uma alienação das qualidades do meio ambiente, pela exploração de hipóteses com elevado grau de distorção (semântica, afectiva, etc.), profundas modificações no conteúdo semântico dos atributos, internalização dos conteúdos internos, estratégias que conduziam a uma modificação constante na definição de si mesmos e dos outros intervenientes na relação e a uma comunicação interpessoal desviada. Como alternativa ou em combinação com a estratégia anterior, utilizam estratégias holofrásticas de interacção.

ANÁLISE CLASSIFICATÓRIA OU DE AGREGAÇÃO

As matrizes de dados que submetemos aos métodos de análise factorial das correspondências - esquizofrénicos paranóides definidos pelas 20 variáveis sociais, isoladas ou em conjunto com as 20 variáveis psicopatológicas condensadas e a matriz conjunta de esquizofrénicos paranóides e voluntários normais - foram também estudadas por um método de análise classificatória ou de agregação de dados. Com o primeiro método obteve-se uma representação espacial dos agrupamentos (de sujeitos em correspondência com agrupamentos de variáveis), enquanto que agora se pretende obter uma classificação dos sujeitos ou das variáveis a partir da optimização das distâncias entre os dados. Com este critério tentámos confirmar a partição dos sujeitos que tinha sido obtida na análise factorial e a consistência dos subgrupos formados. Para este objectivo utilizámos o método, já descrito, dos k-centróides que produz uma classificação não hierárquica dos dados com uma técnica simultânea e iterativa. Por este método os sujeitos são divididos em k-grupos de tal modo que a soma das distâncias de cada sujeito do seu centróide seja mínima.

CLASSIFICAÇÃO DA AMOSTRA DE ESQUIZOFRÉNICOS PARANÓIDES.

Nas análises factoriais das correspondências que aplicámos à matriz dos doentes descritos pelas categorias de relação interpessoal, em cada uma das situações sociais, tínhamos obtido no primeiro factor uma divisão dos esquizofrénicos paranóides em três subgrupos. Estes distinguem-se por diferentes

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

agrupamentos de categorias de interacção social que se formam nos polos factoriais opostos e de uma forma estável. Correspondendo a estes padrões, duas sub-amostras de esquizofrénicos paranóides ficavam bem caracterizadas no seu perfil de relação interpessoal. O terceiro grupo ou sub-amostra de doentes situava-se na zona central do eixo com um perfil de interacção intermédio e incaracterístico.

Tendo obtido esta divisão da amostra patológica em três grupos e pretendendo validá-la (hipótese nula) aplicámos o programa de classificação, iterativamente, isto é, introduzindo instruções para a partição sucessiva da amostra total em dois, três e quatro subgrupos. Pretendíamos escolher a divisão mais concordante com as nossas previsões ou ainda optar por outra hipótese alternativa, caso esta se revelasse mais significativa para a possibilidade de uma interpretação dos agrupamentos (hipótese alternativa). Este método foi aplicado separadamente à matriz de 50 sujeitos por vinte categorias sociais e à matriz dos mesmos sujeitos definidos pelas categorias sociais e pelos vinte sintomas psicopatológicos condensados a partir da escala AMDP.

Podemos sintetizar os resultados de todas as análises classificatórias feitas, concluindo que a partição ou divisão em três grupos é a mais coerente do ponto de vista interpretativo e concordante com os resultados anteriormente obtidos. Os três grupos obtidos nesta classificação são uma sobreposição dos agrupamentos de esquizofrénicos paranóides separados pelo 1º eixo da análise factorial das correspondências aplicadas aos dados das quatro situações sociais. Em qualquer das situações sociais, os sujeitos do 1º grupo equivalem aos que se colocavam no lado positivo do primeiro eixo, os do segundo grupo aos que se colocavam na zona central e os do terceiro grupo aos que se colocavam no lado negativo. Algumas trocas - um ou dois sujeitos - permitem aceitar a hipótese nula com uma margem de erro inferior a 0,05 e rejeitar a hipótese alternativa. Apresentamos em seguida os resultados obtidos:

1ª Situação Social

O Quadro 5.67 mostra os sujeitos que se dividem nos três grupos e os respectivos centróides obtidos a partir das matrizes de esquizofrénicos paranóides descritos por 20 e 40 variáveis sociais e clínicas. Podemos verificar neste quadro, que a seguir ao número que identifica cada sujeito está inscrito na 2ª coluna o valor da distância a que fica esse sujeito em relação ao centróide do grupo a que pertence, na 3ª coluna do quadro anotámos o sinal correspondente ao polo do primeiro factor em que o mesmo sujeitos se posicionavam na análise factorial das correspondências. A designação (C) corresponde aos sujeitos que se situam na parte central do eixo, numa zona próxima da origem do eixo 1 (com % de contribuição ao factor inferior a 1.0).

Verifica-se que a partição em três grupos, em qualquer das matrizes (20 ou 40 variáveis), na divisão dos esquizofrénicos paranóides pelo método dos k-centróides é sobreponível à separação produzida factorialmente, isto é, idêntica aos agrupamentos que se formaram nos extremos e centro do 1º factor. Verificam-se algumas modificações cuja frequência reduzida as torna não significativas. No mesmo quadro nas colunas relativas à matriz de 50 S x 20 V pode observar-se que apenas 4 sujeitos (E39, E45, E33 e E48) que se posicionavam na análise factorial nos extremos do eixo 1, na classificação actual associam-se ao subgrupo de sujeitos que na análise factorial ocupava uma posição "central" no factor. Na classificação da matriz de 50 S x 40 V a divisão em três grupos é ainda mais semelhante à da análise factorial, havendo apenas dois doentes cujos agrupamentos não são concordantes com os anteriormente obtidos. Os doentes que se situavam no lado positivo do factor 1 agrupam-se à volta do centróide E40 e os que se situavam no lado negativo do mesmo

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

QUADRO 5.67-ANÁLISE DOS K-CENTRÓIDES (3 GRUPOS). Esq. Parandides (N=50)
 Comparação com a Análise Factorial das correspondências
 Factor 1 (lado +, - e Centro)

Sit. 1 - 20 var.				Sit. 1 - 40 var.			
Sujeito	Centroide	Distância Suj.-Centr	Posic. Fact.	Sujeito	Centroide	Distância Suj.-Centr	Posic. Fact.
1	42	0.745	C	1	49	0.662	C
2	40	0.323	+	2	40	0.426	+
3	42	0.727	C	3	49	0.753	C
4	40	0.571	+	4	40	0.597	+
5	40	0.546	+	5	40	0.583	+
6	40	0.188	+	6	40	0.289	+
7	40	0.538	+	7	40	0.539	+
8	42	0.519	C	8	49	0.667	C
9	40	0.496	+	9	40	0.542	+
10	32	0.209	-	10	50	0.355	-
11	42	0.481	C+	11	49	0.409	C
12	42	0.633	C+	12	49	0.518	C+
13	40	0.374	+	13	40	0.397	+
14	40	0.251	+	14	40	0.319	+
15	42	0.899	C	15	49	0.762	C
16	40	0.630	+	16	40	0.666	C+
17	42	0.820	C	17	49	0.809	C-
18	42	0.483	C	18	49	0.538	C-
19	40	0.612	+	19	40	0.624	+
20	40	0.500	+	20	40	0.516	+
21	32	0.515	-	21	50	0.457	-
22	42	0.479	C+	22	49	0.437	-
23	42	0.534	C	23	49	0.570	C
24	40	0.431	+	24	40	0.466	+
25	32	0.455	-	25	50	0.313	-
26	40	0.509	+	26	40	0.561	+
27	42	0.464	C+	27	49	0.454	C+
28	42	0.663	C-	28	49	0.598	C-
29	42	0.577	C+	29	49	0.615	C+
30	42	0.475	C+	30	49	0.446	C+
31	40	0.447	+	31	40	0.497	+
32	32	0.000	-	32	50	0.385	-
33	42	0.585	+	33	49	0.512	+
34	32	0.591	-	34	50	0.763	-
35	32	0.726	-	35	50	0.557	-
36	42	0.687	C	36	49	0.627	C
37	40	0.356	+	37	40	0.409	+
38	40	0.422	+	38	40	0.457	+
39	42	0.566	-	39	50	0.478	-
40	40	0.000	+	40	40	0.000	+
41	40	0.554	+	41	40	0.557	+
42	42	0.000	C	42	49	0.373	C
43	40	0.414	+	43	40	0.446	+
44	42	0.351	C-	44	49	0.458	C
45	42	0.466	-	45	50	0.510	-
46	42	0.599	C-	46	50	0.569	C-
47	32	0.351	-	47	50	0.456	-
48	42	0.499	+	48	49	0.561	+
49	42	0.349	C+	49	49	0.000	C+
50	32	0.396	-	50	50	0.000	-

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

factor tem como centróide o sujeito E32 ou E50 conforme a matriz considerada.

Na classificação dos dados da matriz de 50 sujeitos por 40 variáveis a separação em quatro grupos, produzia uma partição dos sujeitos "da zona central" em dois outros subgrupos não se observando modificações nos restantes agrupamentos obtidos pela divisão em três grupos, nem se produzindo novos agrupamentos. Esta divisão é ainda consistente com a análise factorial dado que os doentes que se separam para formar o 4º grupo são os mesmos que se situavam no centro do eixo 1, de um e do outro lado de origem.

Na classificação em quatro grupos da matriz em que os doentes estão definidos pelas 20 variáveis sociais já a subdivisão é obtida à custa dos doentes que se posicionam do lado negativo do eixo 1, não sendo concordante com nenhuma das divisões obtidas pelo método factorial, por exemplo ao nível dos 2º e 3º factores).

2ª Situação Social

A análise dos k-centróides com 20 ou 40 variáveis, como pode ser observado no Quadro 5.68, revela que a divisão em três grupos é consistente com os agrupamentos que tínhamos encontrado na análise factorial das correspondências no 1º factor.

O grupo cujo centróide é o doente E37, corresponde ao agrupamento que se posicionava no lado negativo do 1º factor. Podemos verificar que neste grupo estão todos os sujeitos que eram significativos desse lado do factor e ainda alguns que embora fornecendo uma menor percentagem de contribuição ao factor (designados no quadro por C-) se situavam na zona central do mesmo lado negativo do eixo. No grupo cujo centróide é o doente E50 estão todos os doentes que se situavam no lado positivo do 1º factor, com excepção de um doente (E1) que está colocado no

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

QUADRO 5.68 ANÁLISE DOS K-CENTRÓIDES (3 GRUPOS). Esq. Parâmetros (N=50)
 Comparação com a Análise Factorial das correspondências
 Factor 1 (lado +, - e Centro)

Sit. 2 - 20 var.				Sit. 2 - 40 var.			
Sujeito	Centróide	Distância Suj-Centr.	Posic. Fact.	Sujeito	Centróide	Distância Suj-Centr.	Posic. Fact.
1	42	0.465	+	1	42	0.489	+
2	37	0.310	-	2	37	0.336	-
3	42	0.363	C+	3	42	0.365	C+
4	37	0.455	-	4	37	0.446	-
5	42	0.548	C	5	42	0.540	C
6	37	0.319	-	6	37	0.347	-
7	37	0.255	-	7	37	0.275	-
8	50	0.808	+	8	50	0.772	+
9	37	0.409	-	9	37	0.410	-
10	50	0.190	+	10	50	0.192	+
11	50	0.285	+	11	50	0.276	+
12	37	0.434	C-	12	37	0.452	C-
13	42	0.628	C-	13	42	0.613	C-
14	37	0.207	-	14	37	0.208	-
15	37	0.709	C-	15	42	0.676	C
16	37	0.540	C-	16	37	0.566	C-
17	37	0.333	-	17	37	0.335	-
18	37	0.233	-	18	37	0.263	-
19	37	0.329	-	19	37	0.332	-
20	37	0.379	-	20	37	0.374	-
21	50	0.539	+	21	50	0.513	+
22	42	0.329	C-	22	42	0.344	C-
23	42	0.397	C	23	42	0.404	C
24	37	0.187	-	24	37	0.212	-
25	50	0.367	+	25	50	0.388	+
26	37	0.261	-	26	37	0.263	-
27	37	0.227	-	27	37	0.227	-
28	50	0.438	+	28	50	0.444	+
29	37	0.600	C-	29	42	0.950	C-
30	42	0.441	C+	30	42	0.451	C+
31	37	0.367	C-	31	37	0.392	C-
32	50	0.449	+	32	50	0.430	+
33	42	0.395	C-	33	42	0.391	C-
34	42	0.625	C	34	42	0.607	C
35	42	0.543	C+	35	42	0.524	C+
36	50	0.470	+	36	50	0.471	+
37	37	0.000	-	37	37	0.000	-
38	37	0.356	-	38	37	0.349	-
39	50	0.331	+	39	50	0.324	+
40	37	0.203	-	40	37	0.323	-
41	37	0.279	-	41	37	0.288	-
42	42	0.000	C	42	42	0.000	C
43	37	0.263	-	43	37	0.294	-
44	42	0.591	C	44	42	0.577	C
45	42	0.328	C+	45	42	0.333	C+
46	37	0.433	C-	46	37	0.447	C-
47	50	0.562	+	47	50	0.530	+
48	37	0.395	-	48	37	0.395	-
49	42	0.438	C-	49	42	0.427	C
50	50	0.000	+	50	50	0.000	+

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

grupo definido por outro centróide (E42).

O terceiro agrupamento cujo centróide é o doente E42, é constituído por todos os restantes doentes que se colocavam na análise factorial na zona central do 1º factor, quer do lado negativo (C-), positivo (C+), ou junto à origem (C). Nesta segunda situação há apenas um esquizofrénico paranóide (E1) que inverte a sua posição, isto é situando-se no agrupamento factorial "positivo" se agrupa na análise classificatória aos sujeitos "negativos". No entanto, se observarmos o quadro das contribuições da análise factorial ao polo positivo do 1º factor, constatamos que a contribuição deste doente é baixa (3.10%-Quadro 5.3), ficando junto ao limiar.

Na divisão em 4 grupos, observou-se o mesmo facto que tinha sido verificado na primeira situação, e que nos leva a aceitar a hipótese nula de que a divisão em 3 grupos é a concordante com a estrutura dos dados.

3ª Situação Social

Nesta situação, a análise dos k-centróides, quer com matriz de 50 sujeitos por 20 variáveis, quer por 40 variáveis, dá resultados praticamente sobreponíveis às situações anteriores.

A divisão em três grupos torna a revelar-se como a mais consistente (Quadro 5.69) e concordante com os resultados das análises matemáticas prévias. Na análise classificatória da matriz com 20 variáveis, no grupo cujo centróide é o doente E40, estão os sujeitos que se colocavam do lado negativo do primeiro factor desta situação e alguns que estavam posicionados na zona central desse mesmo lado do eixo. No grupo cujo centróide é o doente E42 situam-se os doentes que se colocavam do lado positivo do 1º eixo factorial. Finalmente, no grupo cujo centróide é o doente E22, associam-se os doentes que estavam na zona central do eixo e não contribuíam significa-

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

tivamente para o 1º factor. Dois doentes invertem a sua posição: E19 e E21, que se associam com os da "zona central" e na análise factorial ficavam posicionados respectivamente, à esquerda (polo negativo), ou à direita (polo positivo) em relação à origem. A sua contribuição ao factor não é tão negligenciável como no caso anterior, do doente E1, sendo no caso do doente E19 igual a 5.98%. O doente E21 posicionou-se na análise factorial mais junto ao centro do factor, com contribuição baixa de 3.45% (Quadro 5.4).

A partição dos sujeitos em 4 grupos produz, nos dados desta situação, resultados diferentes dos que tinham sido obtidos nas situações anteriores. O quarto grupo é um grupo singular formado apenas pelo sujeito E21, o que revela que o vector de variáveis que o caracteriza, ou o seu perfil, tem características que o distanciam dos outros sujeitos da amostra. Na análise factorial este doente tem uma contribuição importante no 2º e 4º factores desta 2ª situação social, contribuindo significativamente para a separação dos padrões de variáveis.

4ª Situação Social

Na quarta situação social os resultados são semelhantes aos obtidos nas situações anteriores. A partição em três grupos é de novo a que se revela mais consistente com os resultados que tínhamos anteriormente obtido no 1º factor da análise factorial das correspondências dos dados da quarta situação social (Quadro 5.70). Na hipótese de partição em 4 grupos forma-se um quarto agrupamento com poucos sujeitos (5 doentes), que corresponde a uma divisão dos sujeitos que se associavam num dos anteriores, sem qualquer modificação nos outros dois agrupamentos que se mantém estáveis.

Nesta situação, na análise classificatória feita com 40 variáveis, o grupo definido pelo centróide E41, é constituído pela quase totalidade dos sujeitos que se

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

QUADROS.69-ANÁLISE DOS K-CENTRÓIDES (3 GRUPOS). Esq.Paranóides (N=50)
 Comparação com a Análise Factorial das correspondências
 Factor 1 (lado +, - e Centro)

Sit. 3 - 20 var.				Sit. 3 - 40 var.			
Sujeito	Centróide	Distância Suj-Centr.	Posic. Fact.	Sujeito	Centróide	Distância Suj-Centr.	Posic. Fact.
1	40	0.705	+	1	22	0.684	C+
2	40	0.108	-	2	26	0.286	-
3	22	0.630	C+	3	22	0.605	C+
4	40	0.514	-	4	26	0.539	-
5	42	0.577	C+	5	39	0.642	C+
6	22	0.422	C-	6	22	0.453	C-
7	40	0.284	-	7	26	0.235	-
8	22	0.861	+	8	39	0.763	+
9	40	0.394	-	9	26	0.322	-
10	42	0.504	+	10	39	0.499	+
11	42	0.326	+	11	39	0.338	+
12	40	0.483	-	12	26	0.412	C-
13	40	0.279	-	13	26	0.213	-
14	40	0.222	-	14	26	0.259	-
15	22	0.512	C	15	22	0.499	C
16	40	0.419	C-	16	26	0.446	C-
17	40	0.188	-	17	26	0.221	-
18	40	0.328	C-	18	26	0.419	C-
19	22	0.820	-	19	22	0.787	-
20	40	0.319	-	20	26	0.294	-
21	22	1.167	+	21	39	0.963	+
22	22	0.000	C	22	22	0.000	C
23	22	0.305	C+	23	22	0.301	C-
24	40	0.329	-	24	26	0.258	-
25	42	0.434	+	25	39	0.385	+
26	40	0.227	-	26	26	0.000	-
27	40	0.139	-	27	26	0.200	-
28	42	0.437	+	28	39	0.399	+
29	22	0.472	C	29	22	0.462	C
30	40	0.466	-	30	26	0.458	C-
31	40	0.351	C-	31	22	0.345	C-
32	42	0.400	+	32	39	0.518	+
33	22	0.227	C-	33	22	0.241	C-
34	22	0.280	C	34	22	0.297	C-
35	22	0.344	C	35	22	0.350	C
36	42	0.527	+	36	39	0.448	+
37	40	0.246	-	37	26	0.264	-
38	40	0.218	-	38	26	0.297	-
39	42	0.385	+	39	39	0.000	+
40	40	0.000	-	40	26	0.240	-
41	40	0.263	-	41	26	0.171	-
42	42	0.000	+	42	39	0.420	+
43	40	0.251	-	43	26	0.246	-
44	42	0.550	C+	44	39	0.475	C+
45	42	0.318	+	45	39	0.467	+
46	40	0.338	C-	46	26	0.423	C-
47	42	0.833	+	47	39	0.824	+
48	40	0.205	-	48	26	0.352	-
49	22	0.321	-	49	22	0.310	C-
50	42	0.423	+	50	39	0.339	+

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

QUADRO 5.70-ANÁLISE DOS K-CENTRÓIDES (3 GRUPOS).Esq.Paranóides (N=50)
Comparação com a Análise Factorial das correspondências
Factor 1 (lado +, - e Centro)

Sit. 4 - 20 var.				Sit. 4 - 40 var.			
Sujeito	Centróide	Distância Suj-Centr	Posic. Fact.	Sujeito	Centróide	Distância Suj-Centr	Posic. Fact.
1	19	0.569	+	1	50	0.534	+
2	41	0.326	-	2	41	0.335	-
3	42	0.724	+	3	50	0.626	+
4	41	0.416	-	4	41	0.430	-
5	19	0.351	C	5	19	0.358	C-
6	41	0.363	C-	6	41	0.393	C-
7	41	0.334	C-	7	41	0.338	C-
8	42	0.636	+	8	50	0.646	+
9	41	0.316	-	9	41	0.323	-
10	42	0.619	+	10	50	0.553	C+
11	19	0.522	C	11	19	0.499	C
12	41	0.460	C-	12	41	0.459	C-
13	41	0.270	-	13	41	0.271	-
14	41	0.280	-	14	41	0.287	-
15	41	0.472	-	15	41	0.474	C-
16	41	0.262	-	16	41	0.286	-
17	41	0.193	-	17	41	0.204	-
18	19	0.348	C	18	19	0.348	C
19	19	0.000	C-	19	19	0.000	C-
20	41	0.229	-	20	41	0.239	-
21	42	1.039	+	21	50	0.846	+
22	19	0.187	-	22	19	0.209	-
23	42	0.650	C+	23	50	0.643	C+
24	41	0.330	-	24	41	0.334	-
25	42	0.604	+	25	50	0.582	+
26	41	0.168	-	26	41	0.185	-
27	41	0.097	-	27	41	0.131	-
28	42	0.509	+	28	50	0.487	+
29	19	0.346	C	29	19	0.337	C
30	19	0.506	C+	30	50	0.483	C+
31	42	0.522	C+	31	50	0.313	C+
32	42	0.495	+	32	50	0.640	+
33	19	0.444	C	33	19	0.425	C
34	19	0.310	C	34	19	0.307	C
35	41	0.432	C	35	41	0.425	C
36	42	0.541	C+	36	50	0.448	C+
37	41	0.308	-	37	41	0.314	-
38	41	0.166	-	38	41	0.180	-
39	42	0.362	+	39	50	0.445	+
40	41	0.109	-	40	41	0.122	-
41	41	0.000	-	41	41	0.000	-
42	42	0.000	+	42	50	0.365	+
43	41	0.189	C-	43	41	0.211	C-
44	19	0.425	C	44	19	0.412	C
45	42	0.343	+	45	50	0.411	+
46	41	0.322	C-	46	41	0.352	C-
47	42	0.983	+	47	50	1.041	+
48	19	0.194	C-	48	19	0.692	-
49	19	0.346	C	49	19	0.334	C
50	42	0.357	+	50	50	0.000	+

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

colocavam do lado negativo do eixo do 1º factor; no grupo definido pelo centróide E50, associam-se os sujeitos que se colocavam na análise factorial do lado positivo; e o grupo definido pelo centróide E19 é constituído pela maioria dos sujeitos que estavam na zona central. Alguns doentes que se colocavam na zona central, quer do lado negativo quer positivo do eixo, vão associar-se agora nesta classificação aos dois primeiros agrupamentos mas sempre de um modo consistente com a posição que ocupavam no centro do factor, isto é respectivamente nos lados positivo ou negativo. O doente E22 inverte a sua posição e coloca-se junto dos sujeitos "centrais" cujo centróide é o doente E19, em vez de se colocar no grupo formado pelos doentes que se posicionavam no lado negativo e que corresponderia à sua posição factorial. Verificámos mais uma vez o facto de ter uma percentagem baixa de contribuição ao factor 1, perto do limiar fixado (3.37%-Quadro 5.5).

Na análise classificatória com as 20 variáveis sociais, os 3 grupos ficam formados de seguinte modo: o grupo cujo centróide é o doente E41, é formado pelos doentes que se posicionavam do lado negativo do 1º factor (e alguns na zona central do mesmo lado); o grupo cujo centróide é o doente E42 é formado pelos doentes que se situam do lado positivo do factor (e na zona central positiva); o terceiro grupo, definido pelo centróide E19, é constituído sobretudo pelos doentes que estavam no centro do factor. Dois doentes invertem as suas posições. O doente E22 (do polo negativo), tal como na análise classificatória anterior, em vez de estar colocado no grupo do centróide E41 (correspondente ao lado negativo) coloca-se no grupo "central". O doente E1, que na análise factorial estava situado no lado positivo do factor e que agora se associa também ao grupo "central", mas que tal como o anterior, tinha uma posição no eixo junto ao centro e uma percentagem de contribuição próxima do limiar de significação (3.42%-Quadro 5.5).

Tal como nas situações anteriores, o número de inversões da posição de alguns doentes não é

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

suficiente para não aceitar a hipótese nula (com margem de erro inferior a 5%) de que existem três subgrupos bem determinados de esquizofrênicos paranóides na amostra em estudo, que se distinguem do ponto de vista do seu perfil de relação interpessoal.

A conclusão geral que podemos tirar desta análise de classificação com o método dos k-centróides é de que se confirmam os resultados obtidos pela análise factorial das correspondências e que a divisão em 3 grupos é a que diferencia as características gerais de interacção social dos esquizofrênicos paranóides desta amostra, de um modo consistente e estável no espaço de qualidades que escolhemos para os caracterizar.

CLASSIFICAÇÃO DA AMOSTRA DE ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES E DE SUJEITOS NORMAIS

O mesmo método classificatório (k=Centróides) foi aplicado à matriz de 65 sujeitos- esquizofrênicos paranóides e voluntários normais, definidos pelas 20 variáveis sociais, de um modo iterativo, propondo-se à- priori a partição sucessiva em 2, 3 ou 4 grupos.

Os resultados confirmam a separação significativa, anteriormente obtida, entre o padrão de interacção social dos sujeitos normais e dos esquizofrênicos paranóides, mantendo-se, nesta última amostra, a divisão em três subamostras que têm, com elevado grau de probabilidade, diferentes padrões de relação interpessoal. Por conseguinte, a divisão em 4 grupos - um grupo de normais e três de esquizofrênicos - é a classificação mais adequada em relação à amostra total se tomarmos para a formação de classes, mutuamente exclusivas, as características de interacção social. Obtivemos uma separação completa das referidas subamostras, ao nível da segunda situação social, na divisão em quatro subgrupos. Nas restantes situações sociais, embora não tão completa, a separação nesse número de classes pode ser aceite

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

com uma margem de erro muito baixa.

1ª Situação Social

Na divisão da amostra total em 4 grupos, a maioria dos normais (60%) forma um agrupamento separado dos esquizofrénicos paranóides (centróide V.6) (Quadro 5.71). Os restantes três agrupamentos, cujos centróides são esquizofrénicos paranóides (E40, E42 e E50), tem uma composição semelhante aos obtidos na análise classificatória feita sem a introdução dos sujeitos normais. Tal como se tinha verificado nessa classificação, esta divisão em quatro grupos é também consistente com as oposições do 1º eixo da análise factorial das correspondências.

Separam-se, pelo actual método de classificação, em grupos distintos, os esquizofrénicos paranóides "redutores" (lado positivo do eixo 1 da análise factorial), aos quais se associam quatro sujeitos normais (centróide E40) dos doentes que designámos como "modificadores reorganizativos" da realidade (lado negativo do eixo 1) a cujo grupo se associa um sujeito normal (centróide E50). O terceiro agrupamento é formado apenas pelos doentes que se situavam na zona central do eixo (centróide E42).

2ª Situação Social

Ao nível da divisão em quatro grupos os normais separam-se dos esquizofrénicos paranóides. Nesta situação social a separação obtida é completa, ficando agrupados a totalidade dos normais (centróide V.1) como pode ser observado no Quadro 5.72. Os esquizofrénicos paranóides ficam divididos em três grupos, associados também de acordo com as separações que tinham sido obtidas no primeiro eixo factorial da análise das correspondências aplicadas

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

QUADRO 5.71

SITUAÇÃO 1 - ANÁLISE DOS K-CENTRÓIDES (4 GRUPOS)

Amostra - NORMAIS ESQUIZOFRÊNICAS PARANÓIDES (N=65)

Comparação com as Posições no Eixo 1 (Anál.Fact.Corr.)

E-Esquizofrênicos Paranóides; V-Voluntários Norm.; eixo 1 (+, -, centro)

Centróide E 40			
SUJ.		Distância Suj.-Cent.	
E 6	0.19	+	
E 14	0.25	+	
E 2	0.32	+	
E 37	0.36	+	
E 13	0.37	+	
E 43	0.41	+	
E 24	0.43	+	
E 38	0.42	+	
E 31	0.45	+	
E 9	0.45	+	
E 20	0.50	+	
E 26	0.51	+	
E 7	0.54	+	
E 5	0.55	+	
E 41	0.57	+	
V 9	0.56	+	
E 4	0.57	+	
V 11	0.57	+	
V 10	0.60	+	
E 19	0.61	+	
E 16	0.63	+	
V 3	0.70	+	

Centróide E 42			
SUJ.		Distância Suj.-Cent.	
E 44	0.35	c	
E 49	0.35	c	
E 27	0.46	c	
E 45	0.47	c	
E 11	0.48	c	
E 18	0.48	c	
E 22	0.48	c	
E 30	0.48	c	
E 48	0.50	+	
E 8	0.52	c	
E 23	0.53	c	
E 33	0.56	+	
E 29	0.58	c	
E 12	0.63	c	
E 28	0.66	c	
V 13	0.67	c	
E 36	0.69	c	
E 3	0.72	c	
E 34	0.73	-	
E 1	0.75	c	
E 17	0.82	c	
E 15	0.90	c	

Centróide E 50			
SUJ.		Distância Suj.-Cent.	
E 25	0.32	-	
E 10	0.37	+	
E 32	0.40	-	
E 21	0.42	-	
E 47	0.48	-	
E 39	0.50	-	
E 46	0.56	-	
E 35	0.58	-	
V 12	0.89	-	

Centróide V 6			
SUJ.		Distância Suj.-Cent.	
V 1	0.53		
V 2	0.56		
V 7	0.57		
V 4	0.67		
V 5	0.77		
V 8	0.80		
V 14	0.99		
V 15	0.99		

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

QUADRO 5.72

SITUAÇÃO 2 - ANÁLISE DOS K-CENTRÓIDES (GRUPOS)

Amostra - NORMAIS ESQUIZOFRÊNICAS PARANÓIDES (N=65)

Comparação com as Posições no Eixo 1 (Anál.Fact.Corr.)

E-Esquizofrênicos Paranóides; V-Voluntários Norm.; eixo 1 (+, -, centro)

Centróide E 37		
SUJ.	Distância Suj.-Cent.	
E 24	0.19	-
E 40	0.20	-
E 27	0.23	-
E 18	0.23	-
E 7	0.26	-
E 43	0.26	-
E 26	0.26	-
E 41	0.28	-
E 2	0.31	-
E 6	0.32	-
E 19	0.33	-
E 17	0.33	-
E 38	0.36	-
E 31	0.37	c
E 20	0.38	-
E 48	0.40	-
E 9	0.41	-
E 12	0.43	c ⁻
E 46	0.43	c ⁻
E 4	0.46	-
E 16	0.54	c ⁻
E 29	0.60	c ⁻
E 15	0.71	c ⁻

Centróide E 42		
SUJ.	Distância Suj.-Cent.	
E 45	0.33	c ⁺
E 22	0.33	c ⁻
E 3	0.36	c ⁺
E 33	0.40	c ⁻
E 22	0.40	c
E 30	0.41	c
E 49	0.44	c ⁻
E 1	0.47	+
E 35	0.54	c ⁺
E 5	0.55	c
E 44	0.59	c
E 13	0.63	c ⁻
E 34	0.63	c

Centróide E 50		
SUJ.	Distância Suj.-Cent.	
E 10	0.19	+
E 11	0.29	+
E 34	0.33	+
E 25	0.37	+
E 28	0.44	+
E 32	0.45	+
E 36	0.47	+
E 21	0.54	+
E 47	0.56	+
E 8	0.80	+

Centróide V 1		
SUJ.	Distância Suj.-Cent.	
V 10	0.49	
V 7	0.49	
V 4	0.51	
V 11	0.59	
V 9	0.62	
V 3	0.65	
V 12	0.83	
V 5	0.85	
V 2	0.85	
V 13	0.91	
V 14	0.96	
V 6	1.05	
V 8	1.15	
V 15	1.15	

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

aos mesmos dados.

De notar que, ao contrário da primeira situação social, nos primeiros factores das segunda, terceira e quarta situações os sujeitos "reductores" estão do lado negativo e os "modificadores da realidade" do lado positivo, inversão que, como é evidente, não tem qualquer significado a não ser de representação espacial e gráfica. Os centróides destes três grupos que se formam de novo com a aplicação do método classificatório são os doentes designados por E37, E42 e E50, cuja distância aos outros sujeitos do grupo se pode verificar na segunda coluna do Quadro 5.72 .

3ª Situação Social

Na análise classificatória dos dados desta situação social, os normais formam um agrupamento isolado dos doentes esquizofrénicos paranóides na divisão por três grupos, facto que não se verificara na classificação dos dados das situações anteriores. A separação das subamostras de normais e esquizofrénicos paranóides é menos nítida nos dados da terceira situação social na divisão por 4 grupos. Os normais, neste caso, separam-se entre si, ficando num dos agrupamentos associados a alguns doentes esquizofrénicos (sete doentes). Estes resultados podem ser observados no Quadro 5.73 . No primeiro agrupamento, cujo centróide é o sujeito E40, estão os doentes que na análise factorial se situavam no espaço factorial do lado negativo ou no centro do eixo 1 (com excepção de um doente - E21 - bastante distanciado do centróide do seu grupo e que no eixo 1 se posicionava no lado positivo). O perfil dos sujeitos deste agrupamento factorial foi caracterizado, na sua interacção social, pela rigidez, respostas holofrásticas e declarações de incapacidade. Na actual classificação a este mesmo grupo, com elevada distância do centróide, associa-se um sujeito normal. No segundo agrupamento (centróide E42) agrupam-se os esquizofrénicos

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

paranóides, que na análise factorial se situavam do lado positivo do eixo, associados também a um sujeito normal, que eram caracterizados pela tendência à modificação reorganizativa dos atributos da realidade.

4ª Situação Social

A divisão ou classificação, quer em três quer em quatro grupos, separa a maioria dos normais (respectivamente 73% e 67%) dos esquizofrénicos paranóides (Quadro 5.74). Tal como tínhamos verificado nas situações anteriores, os doentes dividem-se em agrupamentos, consistentes com os obtidos na análise classificatória anteriormente feita sem a junção dos sujeitos normais, e ainda com a divisão resultante da aplicação do método de análise factorial das correspondências.

Em qualquer dos dados obtidos nas quatro situações sociais, quando se observam os resultados da classificação em dois grupos, verifica-se que os normais e os esquizofrénicos paranóides não se separam entre si, embora a predominância de sujeitos normais seja mais elevada do lado dos esquizofrénicos paranóides que "modificam reorganizativamente" a realidade, sobretudo na terceira e quarta situações sociais. Na primeira situação, pelo contrário, 60% dos normais vão agrupar-se com os esquizofrénicos "reductores e holofrásticos" e na segunda situação social a divisão dos normais é quase idêntica (50%) em associação com os dois grupos de doentes. Os resultados da aplicação de um método classificatório possuem uma elevada analogia com os que observámos no primeiro factor da análise factorial das correspondências na comparação entre normais e esquizofrénicos paranóides no decurso das sucessivas situações sociais. Os sujeitos normais "deslocavam-se do perfil "reductor" com o que estavam maioritariamente em correspondência na primeira situação social, na

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

QUADRO 5.73

SITUAÇÃO 3 - ANÁLISE DOS K-CENTRÓIDES (GRUPOS)

Amostra - NORMAIS ESQUIZOFRÊNICAS PARANÓIDES (N=65)

Comparação com as Posições no Eixo 1 (Anál.Fact.Corr.)

E-Esquizofrênicos Paranóides; V-Voluntários Norm.; eixo 1 (+, -, centro)

Centróide 40(-)			Centróide 42+			Centróide V6		
SUJ.	Distância Suj.-Cent.		SUJ.	Distância Suj.-Cent.		SUJ.	Distância Suj.-Cent.	
E 2	0.11	-	E 45	0.32	+	V 2	0.45	
E 27	0.14	-	E 11	0.33	+	V 5	0.53	
E 17	0.18	-	E 39	0.39	+	V 9	0.61	
E 48	0.21	-	E 32	0.40	+	V 7	0.62	
E 14	0.22	-	E 50	0.42	+	V 12	0.67	
E 38	0.22	-	E 25	0.43	+	V 4	0.69	
E 26	0.23	-	E 28	0.44	+	V 15	0.75	
E 43	0.25	-	V 1	0.45		V 14	0.84	
E 37	0.25	-	E 10	0.56	+	V 10	0.87	
E 7	0.26	-	E 36	0.53	+	V 11	1.05	
E 41	0.26	-	E 44	0.55	+	V 3	1.07	
E 13	0.28	-	E 5	0.58	c ⁺	V 9	1.09	
E 20	0.32	-	E 47	0.83	+	V 13	1.30	
E 18	0.33	c ⁻	E 8	0.89	+			
E 24	0.33	-						
E 46	0.34	c ⁻						
E 31	0.35	c ⁻						
E 9	0.39	-						
E 33	0.40	c ⁻						
E 49	0.42	-						
E 16	0.42	c ⁻						
E 22	0.45	c						
E 30	0.47	-						
E 12	0.48	c						
E 39	0.49	c						
E 35	0.49	c						
E 34	0.50	c						
E 4	0.51	-						
E 15	0.56	c						
E 23	0.57	c ⁺						
E 6	0.65	c ⁻						
E 1	0.71	+						
E 3	0.77	c ⁺						
E 19	0.97	-						
E 21	1.22	+						
V 13	1.30							

5.219

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

QUADRO 5.74

SITUAÇÃO 4 - ANÁLISE DOS K-CENTRÓIDES (GRUPOS)

Amostra - NORMAIS ESQUIZOFRÊNICAS PARANÓIDES (N=65)

Comparação com as Posições no Eixo 1 (Anál.Fact.Corr.)

E-Esquizofrênicos Paranóides; V-Voluntários Norm.; eixo 1 (+, -, centro)

Centróide 41(-)			Centróide 56+			Centróide V5		
SUJ.	Distância Suj.-Cent.		SUJ.	Distância Suj.-Cent.		SUJ.	Distância Suj.-Cent.	
E 27	0.10	-	E 31	0.35	c ⁺	V 8	0.61	
E 40	0.11	-	E 42	0.36	+	V 14	0.69	
E 38	0.16	-	E 45	0.40	+	V 13	0.72	
E 26	0.17	-	E 39	0.46	+	V 3	0.75	
E 17	0.19	-	E 36	0.47	c ⁺	V 6	0.81	
E 43	0.19	c ⁻	E 28	0.52	+	V 9	0.82	
E 20	0.23	-	E 49	0.53	+	V 11	0.86	
E 16	0.26	-	E 30	0.53	c ⁺	V 7	0.96	
E 13	0.27	-	E 40	0.55	c	V 10	1.10	
E 14	0.28	-	E 33	0.56	c	V 15	1.10	
E 39	0.31	-	V 12	0.56				
E 9	0.32	-	E 10	0.58	+			
E 22	0.32	-	E 34	0.58	c			
E 46	0.32	c ⁻	E 1	0.59	+			
E 7	0.33	c ⁻	V 1	0.60				
E 2	0.33	-	E 3	0.61	+			
E 24	0.33	-	E 23	0.63	c ⁺			
E 6	0.36	c ⁻	E 25	0.65	+			
E 19	0.39	c ⁻	E 8	0.69	+			
E 18	0.41	c	E 32	0.69	+			
E 4	0.42	-	V 2	0.76				
E 35	0.43	c	V 4	0.88				
E 29	0.44	c	E 21	0.95	+			
E 12	0.46	c ⁻	E 47	1.16	+			
E 15	0.48	c ⁻						
E 5	0.57	c						
E 11	0.60	c						

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

segunda e terceira situações, para a zona central e para o perfil "modificador" ao qual correspondiam na sua quase totalidade na quarta situação social.

Podemos sintetizar estes resultados afirmando que a classificação dos sujeitos normais e esquizofrénicos, paranóides tomando como base as suas semelhanças, leva à separação completa destes grupos entre si. Do ponto de vista da interacção social, os subgrupos de esquizofrénicos paranóides são possivelmente tão diferenciados entre si, como a separação (esperada) entre os normais e os doentes. A análise classificatória não dá, no entanto, informação sobre as características destas separações, apenas nos permitindo afirmar ou negar a sua existência.

MÉTODO DE ANÁLISE DISCRIMINANTE MULTIVARIADA

DISCRIMINAÇÃO ENTRE AS 4 SITUAÇÕES SOCIAIS NA AMOSTRA DE ESQUIZOFRÉNICOS PARANÓIDES

Embora se tenham mantido constantes ao longo das situações de experiência as categorias e atributos gerais introduzidos à-priori nas quatro situações sociais, em termos dos quais as respostas dos sujeitos seriam subsequentemente classificadas, as interacções têm conteúdos semânticos particulares distintos, como referimos em detalhe no capítulo IV. Recordemos sumariamente a situação experimental com os quatro tipos de interacção social simulados.

1) Na primeira situação social era solicitado ao sujeito a sua cooperação, numa base puramente institucional, para que participasse numa tarefa, de experimentação farmacológica, invocando-se para isso razões de tipo emocional, normativas, ideológicas, religiosas ou outro tipo de razões que se supunha o próprio sujeito possuísse. Simultaneamente, era

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

afirmado existir um certo risco na sua participação;

2) Durante a segunda situação social, os sujeitos eram submetidos a uma interacção de tipo familiar, não institucionalizada, de características conflituais, de crítica e censura à personagem representada pelo sujeito de experiência com dimensões afectivas mistas, positivas e negativas;

3) Na terceira situação, o sujeito era abordado pelo mesmo grupo, que lhe oferecia ajuda de uma forma institucionalizada e de um modo afectivo positivo;

4) Na quarta situação social, o sujeito era abordado de um modo agressivo, sendo invocado contra ele, pelos membros do grupo, uma acusação institucionalmente justificada sob a forma de regras que este teria transgredido. Ao mesmo tempo, alguns membros do grupo ofereciam ajuda ao sujeito de um modo também institucionalizado e com carácter positivo.

As análises matemáticas efectuadas sobre as respostas verbais do sujeito, em termos das operações ou categorias sociais por eles utilizadas, nas várias interrupções para a identificação dos dados, revelaram existir uma estabilidade relativa dos padrões ou "perfis" de interacção social ao longo das quatro situações. A análise factorial das correspondências evidenciou estas tendências de relação interpessoal, comuns a subgrupos de esquizofrénicos paranóides, sobretudo no nível do 1º factor que é um factor geral de interacção social em pequenos grupos, pondo em correspondência agrupamentos de variáveis ou categorias sociais com os sujeitos que as produzem ou que possuem esse padrão. Estas análises factoriais não nos fornecem informação sobre o que discrimina os sujeitos na sua interacção social. Embora alguns aspectos diferenciais pudessem ser inferidos a partir dos factores, esse procedimento não seria inteiramente correcto, a não ser que se utilizasse como medida a nota de "ausência" de cada variável. Mesmo procedendo desse modo, o algoritmo do programa de correspondência iria "procurar" as máximas e as mínimas semelhanças entre os sujeitos e variáveis e agrupá-las

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

à-posteriori, não sendo possível introduzir nenhuma informação sobre previsões feitas à-priori de que existiria uma certa diferença entre os dados, por exemplo entre os obtidos nas quatro situações. Dito de um outro modo os, programas que utilizámos até aqui permitem-nos classificar ou representar os dados mas não identificá-los a classes previamente estabelecidas

Pelo contrário, na análise discriminante multivariada, parte-se da pressuposição de que existe um certo número de agrupamentos, de sujeitos ou de variáveis, e são calculadas as diferenças entre eles e os coeficientes que os discriminam. A comparação entre os dados obtidos nas quatro situações sociais (consideradas isoladamente) poderá, por conseguinte, ser feita através deste método estatístico. Determina-se, a partir das matrizes de variação-covariação dos dados de cada uma das situações sociais, quais as variáveis que têm mais poder discriminativo. Os resultados que obtivemos foram os seguintes:

O teste de qui-quadrado de igualdade entre as médias das 4 situações tem um valor significativo ($\chi^2 = 194.94$, significativo para valores de p menores do que 0.001 com 60 graus de liberdade). A percentagem de discriminação obtida nos primeiros vectores próprios é de 91.10%, o que pode ser considerada como uma boa discriminação e o χ^2 entre os dois valores nas quatro situações é também significativo, respectivamente 131.01 e 42.09 (significativo para p menor do que 0.001 com 20 graus de liberdade). Os coeficientes discriminativos para cada uma das variáveis sociais nas quatro interações podem ser observados no Quadro 5.75

Destes valores, podemos concluir ser razoável pressupor, com uma probabilidade de erro aceitável, a discriminação entre os dados - padrões de interacção social - dos esquizofrénicos paranóides das quatro situações sociais. A observação do Gráfico V.26 mostra os centróides nas quatro situações sociais e os esquizofrénicos paranóides em cada situação representados pelos números 1, 2, 3 e 4.

Pode limitar-se a zona de cada centróide do

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

D.C.	SIT. 1 - V.1			SIT. 2 - V.1			SIT. 3 - V.1			SIT. 4 - V.1		
	M.V.	%	CxV	M.V.	%	CxV	M.V.	%	CxV	M.V.	%	CxV
CAT.NR.1 .102	10.38	8.93	1.05876	12.94	6.55	1.31988	11.22	5.57	1.14444	9.58	4.70	.97716
CAT.NR.2 .14	6.36	7.51	.8904	8.22	5.72	1.1508	7.50	3.15	1.0584	6.18	4.10	.8652
CAT.NR.3 -.076	5.8	16.63	-.4408	7.06	18.19	-.53656	4.84	14.95	-.36784	0.22	21.10	-.47772
CAT.NR.4 .046	8.96	3.54	.41216	9.58	2.19	.44068	9.56	2.14	.43976	9.84	2.19	.45264
CAT.NR.5 .104	7.3	6.40	.7592	9.46	4.88	.98384	10.08	5.10	1.04832	8.68	4.34	.90272
CAT.NR.6 .437	.96	3.54	.41952	1.36	2.95	.59432	1.48	3.15	.64676	.94	1.98	.41078
CAT.NR.7 .04	4.54	1.53	.1816	5.26	1.04	.2104	4.8	0.93	.192	3.98	0.77	.1592
CAT.NR.8 .205	1.98	3.42	.4059	2.5	2.54	.5125	2.16	2.15	.4428	3.54	3.49	.7257
CAT.NR.9 -.193	3.86	28.10	-.74498	4.26	27.88	-.82218	3.38	26.50	-.65234	2.52	21.71	-.48636
CAT.NR.10 .129	2.64	2.87	.34056	4.04	2.59	.52116	3.46	2.17	.44634	4.48	2.78	.57792
CAT.NR.11 .117	.72	0.71	.8424	1.58	0.92	.18486	.66	0.38	.07722	1.2	0.68	.1404
CAT.NR.12 .062	27.66	14.43	1.7112	34.9	10.74	2.1638	27.92	8.42	1.73104	28.52	8.511	.76824
CAT.NR.13 .091	3.46	11.87	-.31486	3.1	9.56	-.2821	2.84	10.48	-.25844	2.64	10.73	-.24024
CAT.NR.14 .157	25.28	33.47	3.96896	38.74	30.18	6.08218	35.4	27.05	5.5578	35.76	27.025	6.1432
CAT.NR.15 .145	9.4	11.49	1.363	39.06	28.11	5.6637	49.9	35.24	7.2355	54.38	37.957	.8851
CAT.NR.16 -.106	7.92	31.68	-.83952	9.08	34.64	-.96248	8.3	35.75	-.8798	7.2	34.06	-.7632
CAT.NR.17 -.092	3.38	11.72	-.31096	3.76	11.73	-.34592	3.3	12.32	-.3036	3.02	12.40	-.27784
CAT.NR.18 .065	2.54	1.39	.1651	2.96	0.95	.1924	5.84	1.84	.3796	2.24	0.70	.1456
CAT.NR.19 7E-03	11.96	0.71	.08372	9.9	0.34	.0693	8.64	0.29	.06048	8.94	0.30	.06258
CAT.NR.20 .753	.02	0.12	.01506	.08	0.30	.06024	.12	0.44	.09036	.12	0.43	.09036
TOTAL POSITIVOS	11.86			20.15			20.55			20.78		
TOTAL NEGATIVOS	2.65			2.95			2.46			2.24		

QUADRO 5.75 - Análise Discriminante Multivariada entre as 4 SITUAÇÕES SOCIAIS
Amostra de ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES descritos pelas 20 categorias sociais

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

ponto de vista gráfico (pela linha vertical tirada no ponto médio entre os centróides) e fazer contagens da frequência com que um sujeito (i), descrito pelo vector de dados (j) registado numa certa situação social, se posiciona na zona do sujeito centróide cujo vector descritivo é característico dessa mesma situação. Pode ainda calcular-se a frequência com que alguns sujeitos, numa certa situação social, têm um comportamento de interacção descrito por um vector de dados cujas analogias com o do centróide de uma outra situação, produzem o seu posicionamento na zona desse centróide. Podemos, por conseguinte, determinar qual a margem de erro quando classificamos um sujeito como estando a interagir, por exemplo na primeira situação social quando de facto está a responder de um modo aproximado ao da maioria dos sujeitos da segunda situação. Utilizando este método gráfico verificámos os seguintes resultados:

Separação entre a **primeira situação social** e as seguintes (2ª, 3ª e 4ª).

Dos sujeitos esquizofrénicos paranóides, cujo perfil de respostas "pertence" à primeira situação social, há três que se vão colocar na zona do centróide da segunda situação, quatro sujeitos que se posicionam na zona do centróide da terceira situação social, e quatro sujeitos que se posicionam na zona do centróide da quarta situação. Destes sujeitos que ficam "mal" posicionados e cujas respostas que foram dadas na primeira situação diferenciam-se de um padrão médio, três são coincidentes, donde há um total de 8 sujeitos que saem para além dos limites do seu centróide. Dito de outro modo, estes esquizofrénicos paranóides estão descritos por um vector de dados sociais que não se distingue do mesmo tipo de variáveis obtidas noutros contextos sociais.

Dos esquizofrénicos paranóides cujas respostas foram registadas na **segunda situação social**, há cinco que se vão colocar na zona do centróide da primeira

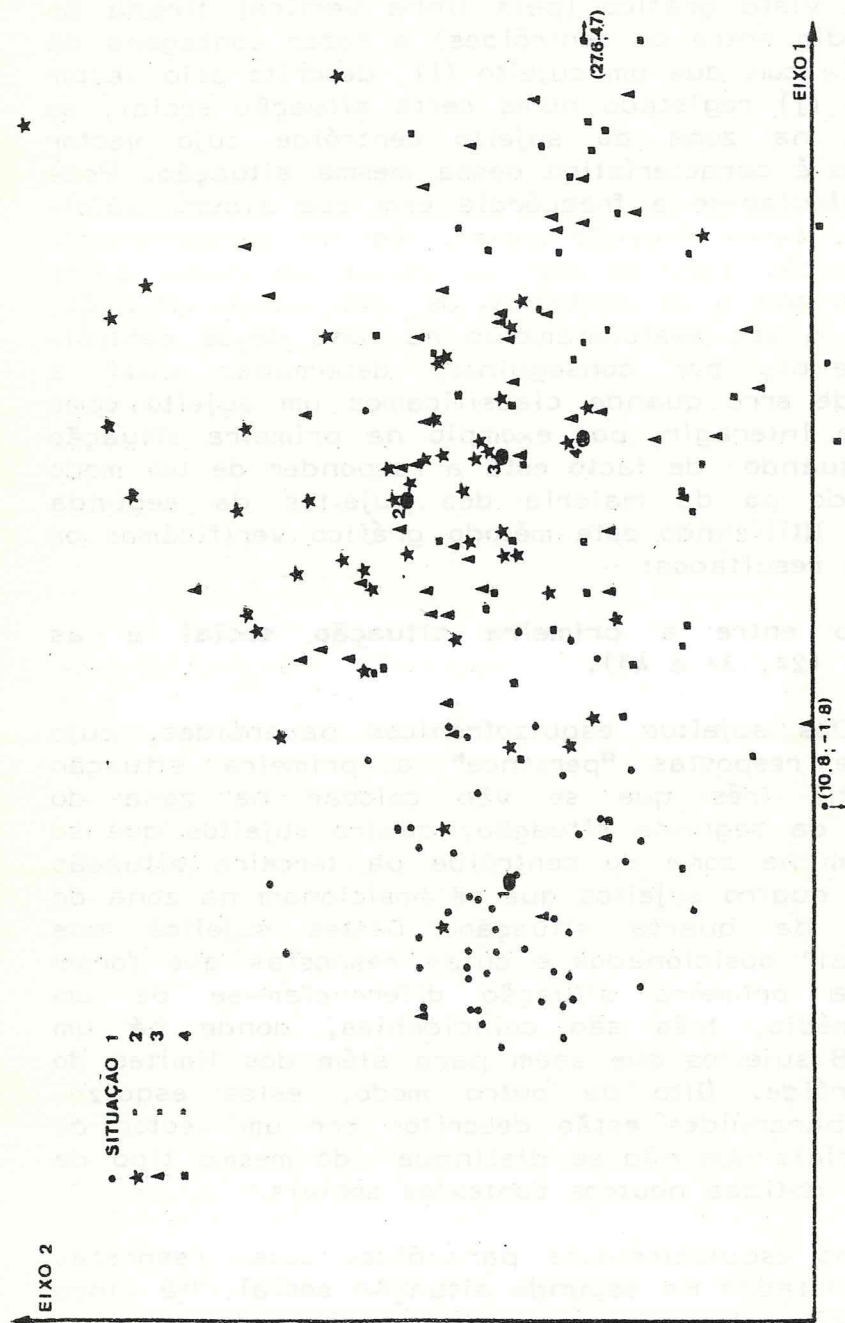


Gráfico V.26 - Análise Discriminante Multivariada entre as quatro Situações Sociais. Esquizofrênicos Paranóides (N=50) descritos pelas 20 categorias de relação interpessoal.

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

situação, dezassete que se vão colocar na zona do centróide da terceira situação e dez que se vão colocar na zona do centróide da quarta situação. Como alguns são coincidentes, posicionando-se nas zonas de sobreposição de mais do que um centróide, verificámos que há um total de 21 sujeitos da segunda situação social que saem "fora" da zona do sujeito centróide dessa situação.

Dos sujeitos cujos dados de interacção foram registados na **terceira situação social** há seis que se vão colocar na zona do centróide da primeira situação social, 22 esquizofrénicos paranóides que "pertencendo" à terceira situação social se vão colocar na zona da segunda situação e 18 que se vão colocar na zona da quarta situação. No total, diminuindo as sobreposições de sujeitos, há 32 sujeitos da terceira situação que se posicionam fora da zona do seu centróide.

Finalmente dos sujeitos que pertencem à **quarta situação social**, isto é, que são descritos pelas variáveis sociais colhidas nesta situação há nove que se colocam na zona do centróide da primeira situação, onze que se vão colocar na zona do centróide da segunda situação e vinte que se vão colocar na zona da terceira situação. No total há 27 sujeitos que saem fora da zona do centróide da quarta situação social.

Se calcularmos a probabilidade de erro em "classificar" incorrectamente o contexto de interacção de um sujeito apenas pela análise do seu "perfil" de relação interpessoal, verificamos o seguinte:

(a) quando um sujeito é descrito por um vector de dados obtidos na primeira interacção social ou de um modo mais simples "pertence" à situação 1, o erro de o classificar como pertencendo à situação 2, é de 6%, à situação 3 de 8% e à situação 4 de 8%;

(b) quando um sujeito "pertence" à segunda situação social, o erro de o classificar como pertencendo à situação 1 é de 10%, como pertencendo à situação 3 é de 34% e como pertencendo à situação 4 de 20%;

(c) quando um sujeito "pertence" à terceira si-

tuação social, o erro de o classificar como pertencendo à situação 1 é de 12%, à situação 2 de 44% e à situação 4 de 36%;

(d) finalmente, quando um sujeito "pertence" à quarta situação social, o erro de o classificar como pertencendo à situação 1 é de 18%, à situação 2 de 22% e à situação 3 de 40%.

De um modo geral, podemos concluir que o peso maior da distância ou da discriminação é entre a primeira situação social e todas as outras situações. As restantes situações têm valores baixos de discriminação em relação às que lhe estão próximas na sequência temporal, sendo mais baixa a discriminação entre a segunda e a terceira situações sociais e entre a terceira e a quarta situações do que entre a segunda e a quarta situações.

Podemos interpretar estes resultados, como sendo a primeira situação social, provavelmente pelo seu carácter de "novo", a que leva os esquizofrénicos paranóides a interagirem de um modo mais discriminado ou diferenciado. À medida que decorrem as situações, as modificações da interacção social nestes doentes, vão-se processando num deslizar lento e "aparentemente" não reagem às mudanças de contexto social. No entanto, quando comparamos as suas respostas com as fornecidas às situações precedentes, verificamos que quanto maior é a distância temporal entre elas maior é a discriminação contextual.

DISCRIMINAÇÃO ENTRE ESQUIZOFRÉNICOS PARANÓIDES E VOLUNTÁRIOS NORMAIS.

A análise discriminante bivariada aplicada à amostra de normais e esquizofrénicos paranóides revelou a existência de uma discriminação significativa entre estes dois grupos - G1 (N=50 esquizofrénicos paranóides) e G2 (N=15, sujeitos normais) - com os seguintes valores de significância:

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

(a) O teste χ^2 de igualdade entre as médias de G1 e G2 é igual a 93.936 com 20 graus de liberdade, significativo para p menor do que 0.001.

(b) O teste χ^2 de comparação entre vectores próprios, igual a 93.936 para 20 graus de liberdade é significativo para p menor que 0.001.

Nesta análise, extraiu-se apenas um vector próprio, o que significa que a totalidade da discriminação é por ele explicada. Pode considerar-se, analisando os valores mencionados, que obtivemos uma elevada discriminação entre os dois grupos. Observa-se nos Gráficos (V.27 e V.28) que nas quatro situações sociais é nítida a separação entre os sujeitos normais e os esquizofrénicos paranóides, sendo significativa a distância entre os dois centróides de cada grupo.

Iremos analisar cada uma das situações no sentido de avaliar quais as variáveis mais responsáveis por essa discriminação. Consideremos nos Quadros 5.76 a 5.79 o valor de C X V, isto é, o produto de média de cada variável pelo seu coeficiente discriminante. Em seguida, a diferença da percentagem de cada produto em relação à contribuição total para o lado negativo e positivo de cada eixo. Em relação a cada variável consideramos significativas as diferenças entre C X V dos dois grupos superiores ou iguais a 0.50 e ainda valores inferiores a este quando a variável não tiver ocorrido num dos grupos.

1ª Situação Social

Nesta situação o perfil dos esquizofrénicos é significativamente diferente dos normais através das seguintes variáveis que os posicionam à esquerda do eixo:

-Caracterização da posição do próprio em relação à situação ou construção de uma identidade pessoal para o próprio (V.4).

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

-Acentuações semânticas, afectivas ou valorativas, alterações organizativas dos dados e relações não usuais de significante - significado (V.12).

-Respostas holofrásticas (V.14).

-Rigidez ou manutenção das respostas (V.15).

-Justificações para as dificuldades nas respostas baseadas em dados vivenciais, pela existência de doença ou presença de sintomas, afirmação de doença ou declaração de sintomas (V.17).

-Introdução de conteúdos externos, translações exteriores, mudanças temáticas, reorganizações idiossincráticas com distorção dos dados, mudanças semânticas nos atributos, internalizações abstractas, caracterizações fisiognómicas (V.19).

Estas variáveis têm um maior peso no sentido positivo neste grupo nosológico. No grupo dos sujeitos normais (grupo 2) as variáveis que lhes dão maior peso no sentido positivo, são:

- Declarações vivenciais próximas da referência (V.6).

- Comentários mistos complexos de dados vivenciais ou afectivos a dados elementares de referência (V.20)

Estas operações são também utilizadas pelos esquizofrénicos paranóides mas em menor número, com diferença inferior ao limiar que consideramos como discriminante. De notar ainda, embora a discriminação não seja tão significativa, na primeira situação social os esquizofrénicos utilizam, em relação aos normais, maior número de construções complexas, de caracterizações que definem a posição dos outros na relação, de caracterizações afectivas ou valorativas do próprio quer no sentido positivo quer negativo e produzem ainda um maior número de declarações de incapacidade.

Da análise deste quadro 5.76, podemos concluir que na primeira situação social os esquizofrénicos tendem, em relação aos normais, a definir mais a sua posição e a dos outros, a qualificar distorcidamente e

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

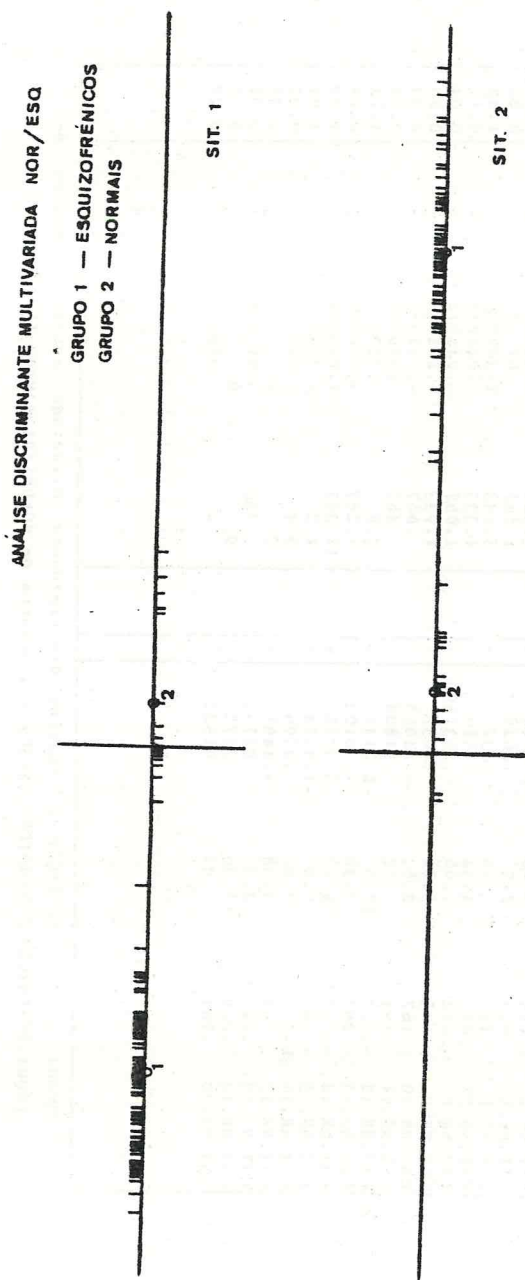


Gráfico V.27 - SITUAÇÕES 1 e 2. Análise Discriminante Bivariada entre os Esquizofrênicos Paranóides (1) e os Voluntários Normais (2) descritos pelas 20 categorias de relação interpessoal.

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

SIT. 1 - ESQ.			%	SIT. 1 - NOR.		DIF.
D.C.	M.V.	CxV		M.V.	C.V.	
CAT.NR.1	.02	.2076		8.067	.16134	0.05
CAT.NR.2	-.011	-.06996		5.267	-.057937	0.01
CAT.NR.3	.217	1.2586		4.933	1.070461	0.19
CAT.NR.4	-.115	-1.0304	+	3.333	-.383295	0.65
CAT.NR.5	.036	.2628		1.867	.67212	0.20
CAT.NR.6	.45	.432	-	5.133	2.30985	1.88
CAT.NR.7	.035	.1589		1.333	.048855	0.11
CAT.NR.8	-.042	1.98		1.067	-.044814	0.04
CAT.NR.9	-.105	3.86		1.933	-.202965	0.20
CAT.NR.10	-.167	2.04		.667	-.111389	0.33
CAT.NR.11	.164	-.44088		.467	.076588	0.04
CAT.NR.12	-.073	.11808	+	3.8	-.2774	1.74
CAT.NR.13	-.087	-2.0148		1.267	-.110229	0.19
CAT.NR.14	-.133	-.30102	+	12.067	-1.604911	1.76
CAT.NR.15	-.196	-3.3622	+	1.2	-.2352	1.61
CAT.NR.16	5E-03	-1.8424	+	3.4	.017	0.02
CAT.NR.17	-.132	.0396	-	0	0	0.45
CAT.NR.18	.011	-.44616		0	3.663E-03	0.02
CAT.NR.19	.019	.02794		0	0	0.23
CAT.NR.20	.761	.22724		.4	.3044	0.29
	.02	.01522				

QUADRO 5.76 - SITUAÇÃO 1. Análise discriminante bivariada entre a amostra de ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES (N=50) e a amostra de VOLUNTÁRIOS NORMAIS (N=15).

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

a elaborar os dados de um modo complexo e distanciada da realidade, com reorganizações idiossincráticas, tendem a fazer mais translações para situações exteriores e justificações vivenciais ou de doença. Tendem também a ser mais rígidos e a declararem-se mais incapazes. Por outro lado, os normais tendem a dar mais declarações vivenciais do que os esquizofrénicos paranóides, a declararem-se menos incapazes de se adaptarem à situação, introduzem um menor número de conteúdos externos nas descrições da situação de experiência ou fazem menos translações para situações exteriores e distintas da actual, exploram menos hipóteses com distorções dos dados que não permitem um "retorno" à realidade. De notar ainda que os normais justificam-se menos do ponto de vista pessoal e vivencial.

2ª Situação Social

Na análise da função discriminante desta situação verificámos que o perfil dos esquizofrénicos paranóides se enriquece. Para além das variáveis que na primeira situação social eram mais responsáveis pela discriminação, surgem novas variáveis com importância estatística. Passam a ter significado no perfil discriminativo dos doentes, as seguintes variáveis(Quadro 5.77):

- Caracterização da posição dos outros na relação interpessoal, construção de uma identidade dos outros participantes na interacção (V.5).
- Declarações afectivas ou valorativas atribuídas ao próprio com carácter negativo, declarações de rejeição ou crítica em relação ao próprio (V.10).
- Declaração de hipóteses alternativas ou autolimitação das afirmações próprias (V.13).
- Declarações de estar a receber ajuda ou tratamento da parte dos membros do grupo, atribuição ao grupo de finalidades diagnósticas (V.18).

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

SIT. 2 - ESQ.			SIT. 2 - NOR.			DIF.
D.C.	M.V.	CxV	M.V.	CxV		
CAT.NR.1	-012	-15528	9.6	-1152		0.04
CAT.NR.2	-054	-44388	6.4	-3456		0.10
CAT.NR.3	-114	-80484	7	-798		0.01
CAT.NR.4	-124	-118792	3.867	-479508	-	0.71
CAT.NR.5	103	97438	4.133	425699	-	0.55
CAT.NR.6	026	03536	4.2	1092		0.07
CAT.NR.7	081	42606	1.133	0917730001		0.33
CAT.NR.8	-032	-08	1.2	-0384		0.04
CAT.NR.9	069	29394	1.467	101223		0.19
CAT.NR.10	368	148672	0.667	245456	-	1.24
CAT.NR.11	-015	-0237	0.667	010005		0.01
CAT.NR.12	072	25128	6.2	4464	-	2.07
CAT.NR.13	328	10168	1.6	5248	-	0.49
CAT.NR.14	099	383526	13.4	13266	-	2.51
CAT.NR.15	074	289044	1	074	-	2.82
CAT.NR.16	-063	-57204	4.467	-281421		0.29
CAT.NR.17	064	24064	0.267	017088		0.22
CAT.NR.18	226	66896	0.2	0452	-	0.62
CAT.NR.19	-041	-4059	0.4	-0164		0.39
CAT.NR.20	788	06304	0.067	052796		0.01

QUADRO 5.77 - SITUAÇÃO 2. Análise discriminante bivariada entre a amostra de ESQUIZOFRÊNICOS PARANÓIDES (N=50) e a amostra de VOLUNTÁRIOS NORMAIS (N=15).

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

Mantêm-se com importância para discriminar os doentes dos normais o uso de operações de definição da posição própria, as qualificações afectivas ou valorativas, as acentuações e relações não usuais de significante-significado, as declarações holofrásticas e a rigidez ou manutenção das respostas. Por outro lado, as operações de translação para o exterior, reorganização dos dados com pequenas mudanças semânticas nos atributos passam a ter menor poder discriminante pelo facto dos normais passarem também a usar com mais frequência na segunda situação social este conjunto de operações de transformação dos dados. Na primeira situação social os normais não forneciam nenhuma resposta que pudesse ser classificada como "translac", ao passo que nesta segunda situação tem uma média neste tipo de respostas de 0,4. As operações de justificação vivencial, pela presença de doença ou de sintomas, deixam também de ter valor discriminativo entre os dois grupos.

Do lado dos normais verificámos que as declarações vivenciais perdem valor diferencial. Embora o valor da média nesta variável na segunda situação, não seja aparentemente diferente da primeira situação social, o peso que lhe é atribuído em relação à totalidade da função discriminante (isto é, o coeficiente discriminante desta variável) é muito inferior nas duas situações, produzindo uma consequente redução do poder discriminativo. Verifica-se um facto idêntico em relação à categoria comentários mistos complexos de tipo vivencial ou afectivo associados a dados referenciais.

Poderemos concluir que quando a situação muda para uma situação de maior **"stress" emocional** o perfil dos esquizofrénicos paranóides em comparação com o dos normais se mantém estável, embora amplificado através de uma maior definição da posição dos outros na relação, de uma maior valorização de declarações afectivas referidas ao próprio com carácter negativo, um maior número de declarações alternativas ou auto-limitativas e de declarações da existência de ajuda

por parte dos outros ou de finalidades terapêuticas do grupo. Estes doentes, em comparação com os normais, mantêm-se mais rígidos e mais holofrásticos. Nesta segunda situação social pudemos ainda verificar que, embora sem atingir o limiar, as declarações de incapacidade continuam a ser produzidas em maior número pelos doentes esquizofrénicos. É curioso notar que os doentes desta amostra fornecem um número mais elevado de declarações afectivas em relação aos outros com carácter positivo, isto é, tendem a valorizá-los positivamente na situação, com maior frequência do que os sujeitos normais. Nesta segunda situação social as construções de grau complexo ou limitado são fornecidas pelos dois grupos sem discriminação e em maior número do que na situação anterior.

3ª Situação Social

Nesta situação podemos observar no Gráfico V.28 que é maior a distância entre os centróides dos dois grupos que ficam por conseguinte mais distanciados entre si do que nas situações anteriores. Verifica-se, do lado dos esquizofrénicos (Quadro 5.78) a manutenção do perfil discriminativo básico em relação aos normais, que caracterizava a primeira situação social e em grande parte a segunda situação (Quadro 5.78). No entanto, este perfil sofre novo enriquecimento com a maior importância das operações de justificação para as dificuldades nas respostas com argumentos de natureza vivencial ou de doença. Do mesmo modo, as operações de translação para o exterior, reorganização dos dados e mudanças semânticas, voltam a ter, tal como na primeira situação social, um valor próximo do limiar discriminativo, sendo utilizadas em maior número pelos esquizofrénicos em comparação com os normais.

Em relação à segunda situação social, a diferença que se verifica é no maior uso feito pelos esquizofrénicos das declarações que implicam hipóteses

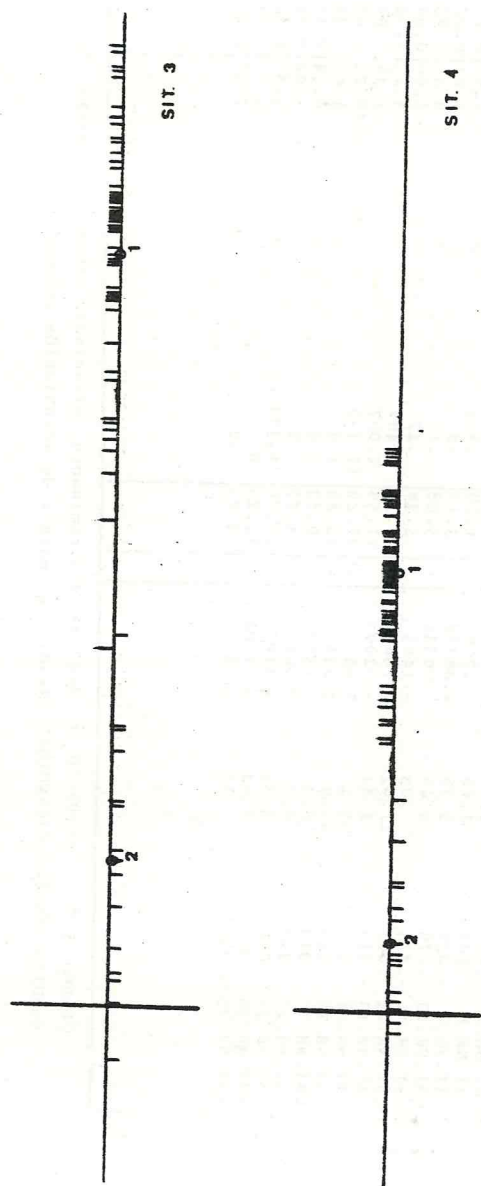


Gráfico V.28 - SITUAÇÕES 3 e 4. Análise Discriminante Bivariada entre os Esquizofrênicos Paranóides (1) e os Voluntários Normais (2) descritos pelas 20 categorias de relação interpessoal.

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

SIT. 3 - ESQ.			SIT. 3 - NOR.			%	DIF.
D.C.	M.V.	CxV	M.V.	CxV	%		
CAT.NR.1	.098	1.09956	7.2	.7056	5.78	13.44	0.39
CAT.NR.2	.02	.1512	7.13	.1426	0.79	2.72	0.01
CAT.NR.3	-.256	-1.23904	44.73	-1.31328	44.73	64.38	0.07
CAT.NR.4	.242	2.31352	1.22	.83974	1.22	16.00	1.47
CAT.NR.5	.137	1.38096	7.26	.42059	7.26	8.01	0.96
CAT.NR.6	-.034	-.05032	3.07	-.1428	1.82	7.00	0.09
CAT.NR.7	.106	.5088	4.2	.106	2.68	2.02	0.40
CAT.NR.8	.105	.2268	1.	.097965	1.19	1.87	0.13
CAT.NR.9	-.026	-.08788	.933	-.0208	3.17	1.02	0.07
CAT.NR.10	.279	.96534	.8	.03627	5.08	0.69	0.93
CAT.NR.11	-.225	-.1485	.13	-.06075	5.36	2.98	0.09
CAT.NR.12	.064	1.78688	4.467	.285888	9.39	5.45	1.50
CAT.NR.13	-.113	-.32092	2.067	-.23357	11.59	11.45	0.09
CAT.NR.14	.2	7.08	12.133	2.4266	37.22	46.22	4.65
CAT.NR.15	.049	2.4451	1.8	.0882	12.86	1.88	2.36
CAT.NR.16	.019	.1577	2.6	.0494	0.83	0.94	0.11
CAT.NR.17	.273	.9009	.2	.0546	4.77	1.04	0.85
CAT.NR.18	-.089	-.51976	1.333	-.118637	18.76	5.82	0.40
CAT.NR.19	-.036	-.31104	0	0	11.23	0	0.31
CAT.NR.20	-.742	-.08904	.2	-.1484	3.21	7.27	0.06

QUADRO 5.78 - SITUAÇÃO 3. Análise discriminante bivariada entre a amostra de ESQUIZOFRÊNICOS PARANOIDES (N=50) e a amostra de VOLUNTÁRIOS NORMAIS (N=15).

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

alternativas às próprias afirmações cujo valor referencial se reduz na terceira situação social. Outra modificação que se verifica é na variável que corresponde às declarações afectivas e valorizações positivas atribuídas aos outros que é mais discriminativa do grupo dos esquizofrénicos paranóides nesta situação social do que na situação anterior, embora não atingindo o limiar,

As referências elementares são utilizadas em maior número pelos doentes esquizofrénicos paranóides nesta situação social de ajuda, identificada como se fosse real, em número mais elevado do que pelos normais. De notar, que no grupo dos doentes na terceira situação a categoria - rigidez - diminui o seu poder discriminativo (e não em valor absoluto) em relação à situação anterior, o que revela uma maior procura de adaptação dos doentes esquizofrénicos relativamente aos normais nesta situação. No que respeita às declarações afectivas e valorativas, mantém-se o perfil dos esquizofrénicos: desvalorização negativa do próprio e tendência à valorização positiva dos outros. As declarações de incapacidade baixam nos dois grupos, embora mantenham uma diferença próxima do limiar de significância com maior número de ocorrências nos doentes esquizofrénicos.

4ª Situação Social

Nesta situação há uma amplificação ou enriquecimento do perfil dos esquizofrénicos em relação às situações anteriores e em relação aos sujeitos normais. Mantêm, neste grupo de doentes, o seu valor discriminante, as seguintes operações (Quadro 5.79):

- definição da posição própria ou dos outros na relação (V.5 e V.6).
- explorações complexas de hipóteses distorcidas e deslocadas no contexto, com ou sem "retorno" à realidade (V.19).

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

SIT. 4 - ESQ.			SIT. 4 - NOR.		%	%	DIF.
D.C.	M.V.	CxV	M.V.	CxV			
CAT.NR.1	.109	1.04422	5.333	.581297	9.48	18.45	0.46
CAT.NR.2	.063	.38934	3.53	.436779	3.53	13.87	0.05
CAT.NR.3	-.111	-.69042	40.85	-.525363	40.85	36.23	0.17
CAT.NR.4	.11	2.0824	9.82	.35937	9.82	11.41	0.72
CAT.NR.5	.125	1.085	3	.375	9.85	11.90	0.71
CAT.NR.6	-.187	-.17578	10.40	-.8228	10.40	56.74	0.65
CAT.NR.7	.113	.44974	4.08	.150629	4.08	4.78	0.30
CAT.NR.8	.026	.09204	2.2	.0572	2.2	1.82	0.03
CAT.NR.9	.085	.2142	1.14	.045305	1.14	1.44	0.17
CAT.NR.10	.01	.448	0.41	.012	0.41	0.38	0.03
CAT.NR.11	-.305	-.366	21.66	-.010256	21.66	0.71	0.36
CAT.NR.12	.031	.88412	8.02	.2294	8.02	7.28	0.65
CAT.NR.13	-.024	-.06336	7.4	-.017592	7.4	1.21	0.05
CAT.NR.14	.068	2.43168	3.75	.806956	3.75	25.62	1.62
CAT.NR.15	.051	2.77338	22.07	.0918	22.07	2.91	2.68
CAT.NR.16	-.03	-.216	25.17	-.06	25.17	4.14	0.16
CAT.NR.17	-.06	-.1812	12.78	.267	12.78	1.10	0.17
CAT.NR.18	-.4E-03	-.8.96E-03	10.72	-.01602	10.72	0.03	0.0000
CAT.NR.19	.047	.42018	0.05	0	0.05	0.42	0.11
CAT.NR.20	.883	.10596	3.91	-3.2E-03	3.91	0.03	0.42
			0.96	0	0.96	0.11	0.11

QUADRO 5.79 - SITUAÇÃO 4. Análise discriminante bivariada entre a amostra de ESQUIZOFRENICOS PARANOIDES (N=50) e a amostra de VOLUNTARIOS NORMAIS (N=15).

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

- tendência às respostas sumárias ou holofrásticas, à rigidez (V.14 e V.15).
- declarações normativas (V.11).
- relações não usuais de significante- significado (V.14).

Esta última categoria tem na quarta situação social um poder discriminativo menor do que nas situações anteriores, como se esta situação "tirasse a liberdade" ao sujeito. As caracterizações normativas possuem também na quarta situação social, uma diferença entre os coeficientes discriminantes próxima do limiar que fixámos não separando de um modo completo os dois grupos dos sujeitos.

Por seu lado os normais discriminam-se dos esquizofrénicos dum modo significativo, fornecendo um maior número de declarações vivenciais respeitantes à experiência privada do próprio ou dos outros sem conotações afectivas, valorativas ou normativas.

Verifica-se, de um modo geral, que o "perfil" de relação interpessoal discriminativo dos doentes esquizofrénicos paranóides e do grupo normal se mantém de um modo mais ou menos constante ao longo das quatro situações sociais. Os esquizofrénicos mostram maiores dificuldades de adaptação do que os normais. Esta desadaptação, manifesta-se sobretudo por uma maior rigidez nas respostas, pelas declarações de incapacidade e pela exploração de hipóteses distorcidas e distanciadas da realidade actual.

Discriminação entre esquizofrénicos paranóides e voluntários normais - SÍNTESE DOS RESULTADOS.

Podemos concluir que a análise discriminante bivariada aplicada às duas amostras - esquizofrénicos paranóides e voluntários normais - revelou-se com utilidade para a determinação do que distingue os dois tipos de adaptação à realidade e de comunicação interpessoal.

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

As operações de identificação de dados sociais que melhor discriminam as duas amostras são a tendência dos esquizofrênicos paranóides muito mais elevada do que dos normais, para as respostas sumárias ou holofrásticas, e para uma elevada rigidez ou manutenção das mesmas respostas, factores de desarticulação da relação interpessoal.

Com poder discriminativo inferior ao das categorias anteriores, mas ainda elevado, os esquizofrênicos paranóides fazem mais uso de caracterizações significativas não para a referência ou caracterização imediata, mas para a simbolização. Isto é, estabelecem mais frequentemente que os normais, relações pouco usuais de significante-significado por introdução de elementos significantes simbólicos, quando fazem declarações relativas aos atributos das situações sociais, aos papéis do próprio ou dos outros participantes na interacção ou quando colocam hipóteses gerais sobre a situação no seu conjunto. Os esquizofrênicos fazem mais acentuações do que os normais por amplificação das qualidades afectivas ou valorativas dos atributos.

A afirmação da posição do próprio e dos outros na relação interpessoal e principalmente a tendência à construção de uma identidade pessoal, distanciada da realidade actual, descremina a interacção social dos esquizofrênicos em relação aos sujeitos normais. Este tipo de operações é produzido com maior frequência nas terceira e quarta situações sociais, mas principalmente, na que está saturada em atributos de ajuda, identificada pelos doentes a uma situação terapêutica hospitalar.

As operações que implicam a identificação errónea da situação social como se esta fosse um acto terapêutico, é mais frequente e discriminativa dos esquizofrênicos paranóides na segunda situação social, ou seja, naquela em que é simulada uma situação familiar de natureza conflitual em que a personagem representada pelo sujeito de experiência é censurada e criticada pelos outros.

Do mesmo modo, nesta segunda situação social os doentes produzem um maior número de operações de

RESULTADOS EXPERIMENTAIS

subinclusão limitando os conteúdos das próprias afirmações, à medida que as vão produzindo, e criando áreas de indecisão pela declaração simultânea de hipóteses contraditórias e alternativas.

É na terceira situação social em que é simulada uma ajuda à personagem representada pelo sujeito de experiência que os esquizofrênicos paranóides evidenciam, de um modo discriminativo uma maior necessidade que os normais para justificar as suas dificuldades para as respostas evocando argumentos relativos às vivências do próprio, em particular com um conteúdo ligado à doença ou aos sintomas.

Embora, de um modo geral os esquizofrênicos paranóides, tenham mais tendência que os normais para modificar profundamente e reorganizar os atributos da realidade social, não o fazem de um modo discriminativo.

O uso de caracterizações afectivas e valorativas não é uma operação discriminativa entre as duas amostras, apesar dos doentes esquizofrênicos revelarem uma tendência mais elevada que os normais para a autodesvalorização e para exprimirem sentimentos e emoções negativas em relação aos outros participantes na interacção.

Podemos ainda concluir que, a primeira situação social é a que separa menos discriminativamente os dois grupos de sujeitos. A segunda situação social que é caracterizada na amostra de esquizofrênicos paranóides por um perfil discriminativo, de operações de natureza desadaptadora. É nesta situação, em que a dimensão de crítica pode ser sentida como dirigida ao próprio real, que os esquizofrênicos paranóides têm uma maior tendência à expressão de afectos negativos, à desvalorização dos outros, à reversão do significado dos atributos com identificações erróneas afectivas de natureza positiva (implícitas na identificação de uma ajuda), e a distorcerem mais intensamente os atributos da situação simulada.

CAPÍTULO 6

SÍNTESE E CONCLUSÕES

Podemos sintetizar os resultados que obtivemos neste trabalho, considerando que foi possível obter perfis ou padrões de uma hipotética interacção social dos esquizofrénicos paranóides, que conduzem à separação desta amostra em, pelo menos, dois subgrupos com modos de interacção bem diferenciados e um terceiro grupo situado num ponto de equilíbrio entre os anteriores. Mostrou-se ainda que estes dois "perfis", correspondiam a formas opostas de adaptação à realidade interpessoal. Modos de adaptação social cujos extremos se situam entre uma aproximação da realidade caracterizada por profundas modificações e transformações nos seus atributos, eventualmente com uma completa mudança e reorganização do sentido ou significado da interacção, e um modo de aproximação, redutor e simplificador dessa mesma realidade social, por empobrecimento nos seus atributos, redução da comunicação verbal, rigidez nas respostas, acompanhada de um sentimento subjectivo, ostensivamente declarado, de incapacidade.

Não encontramos uma correlação entre os dados

clínicos e estas formas de interacção social. Os esquizofrénicos paranóides que têm formas de relação interpessoal mais radicais, quer no sentido "modificador reorganizativo" da realidade quer no sentido "reductor", não se diferenciam significativamente em relação às variáveis: tempo de evolução da doença, número de surtos anteriores ao actual, tempo de duração do surto actual, ajustamento social e profissional pré-mórbidos, grau de independência em relação ao meio familiar.

Do mesmo modo, em relação à caracterização psicopatológica não se encontrou um padrão clínico diferencial, relativamente aos esquizofrénicos paranóides que se auto-afirmam pelos dois modos extremos de interacção social. No que se refere aos sintomas considerados nucleares da esquizofrenia, os dois subgrupos de doentes revelam um perfil clínico que não se separa significativamente. As diferenças encontradas entre os dois subgrupos, do ponto de vista clínico quantitativo, são relativas a sintomas, em geral, considerados secundários ou acessórios para o diagnóstico de esquizofrenia na sua forma paranóide. Assim, os doentes que se definem pelo "perfil modificador reorganizativo", manifestam mais frequentemente uma alteração nos afectos no sentido da instabilidade, labilidade emocional e discordância afectivas e revelam alguns sintomas da série expansiva, nomeadamente a tendência à aceleração do pensamento e da linguagem. Por outro lado, os doentes que se definem pelo perfil "reductor" têm uma tendência mais acentuada às perturbações instrumentais da memória e da atenção.

Numa perspectiva dimensional, nesta amostra de esquizofrénicos paranóides, só encontrámos algumas diferenças significativas na dimensão- sintomas negativos versus sintomas positivos- (N.Andreasen,1979). Os esquizofrénicos paranóides com perfil "modificador reorganizativo" têm uma frequência menos elevada nos sintomas negativos e mais elevada nos sintomas positivos, nomeadamente "tangencialidade", "respostas ao lado" e "incoerência verbal". Por outro lado, os doentes que se definem pelo perfil "reductor" da realidade,

SINTESE E CONCLUSOES

têm uma frequência mais elevada de sintomas negativos: "pobreza verbal" e "pobreza de pensamento". No entanto, não há uma diferença significativa em relação a todos os sintomas que caracterizam totalmente cada um dos polos dimensionais, pelo que se pode afirmar que mesmo esta separação clínica e dimensional de um ponto de vista puramente sintomatológico, não é completa.

No que diz respeito à sensibilidade ao contexto das situações sociais, na amostra de esquizofrénicos considerada isoladamente, verificámos que é a primeira situação social que evoca estratégias de adaptação interpessoal mais discriminativas. Em relação às restantes situações, que seguem uma sequência temporal, constatámos que estes doentes esquizofrénicos paranóides discriminam menos os atributos das situações sociais que estão próximas entre si do que as mais distanciadas no tempo. Verificámos que, independentemente do "perfil" de interacção, há uma tendência à rigidez ou manutenção das respostas, mesmo das respostas mais distorcidas e distanciadas da realidade, quando se dão as transições de situação para situação. O facto de ser a primeira situação a que evoca respostas verbais ou modos de comunicação mais discriminativos poderá estar ligado ao fenómeno bem conhecido, após os trabalhos de Shakow na esquizofrenia, das dificuldades de adaptação ao "novo".

Estes factos, constatados pela aplicação dos métodos de análise discriminante, tinham, de certo modo, sido observados na análise factorial das correspondências feita sobre os dados de cada situação social considerados isoladamente. Constatámos, pelos resultados dessas análises que os perfis básicos se mantêm constantes ao longo das quatro situações sociais, no que diz respeito às categorias "nucleares" ou invariantes que constituem esses mesmos perfis. As modificações que se produzem, quando comparamos os perfis de interacção de situação para situação, são referentes a categorias que se associavam ao perfil básico. Assim, no polo da estratégia "modificadora

SINTESE E CONCLUSOES

reorganizativa" da realidade, à medida que decorre a interacção social, as transformações dão-se no sentido de um alargamento do perfil pela junção de novas categorias às anteriores, ao passo que no perfil "reductor" se produz uma sucessiva diminuição de categorias quando se analisa a sequência das situações sociais.

No primeiro destes perfis, verificámos, entre as situações sociais, uma diferença no carácter positivo ou negativo e na direcionalidade das caracterizações afectivas e valorativas, embora predominem em todas as situações as declarações afectivas e valorizações negativas quer referidas ao próprio quer atribuídas aos outros participantes na interacção social. No entanto, este tipo de desvalorizações negativas do meio externo têm maior importância na primeira e terceira situações sociais do que na segunda e na quarta. Interpretámos, este facto como representando mais um argumento a favor da distância ou perda da ligação ao referencial dos esquizofrénicos paranóides, que se posicionam em relação ao perfil "modificador". É efectivamente, nas duas situações que contêm atributos afectivos negativos, respectivamente uma situação de relação familiar com uma dimensão de crítica ou de censura (2ª situação) e uma situação de acusação formulada institucionalmente de um modo agressivo (4ª situação) que este subgrupo de doentes produz mais declarações do nível dos atributos da personalidade que têm como finalidade definir a posição do sujeito na relação, e simultaneamente afirmam-se com disposição para cooperar com os membros do grupo, manifestando estados afectivos agradáveis e com uma dimensão de valorização do próprio. O uso deste tipo de caracterizações poderá corresponder, como afirmámos, a uma tentativa de auto-afirmação e representar uma atitude de oposição às críticas e censuras que são explicitamente formuladas pelos outros intervenientes na interacção. O facto de nas situações sociais em que estão envolvidos atributos de censura, não se revelar um aumento, quer de operações de interacção social

desadaptadoras, quer de operações de "desarticulação" ou desconectadoras da comunicação interpessoal, vai contra as hipóteses de Rodnick e Garnezy de diminuição da eficiência nos esquizofrênicos submetidos à censura social. Na primeira situação social é marcado o uso exclusivo de desvalorizações do meio externo e do próprio, possivelmente em relação com o fenómeno já apontado de dificuldades de adaptação às situações de novidade. A terceira situação social na qual, recordemos, uma ajuda sob a forma intitucionalizada é oferecida ao sujeito de experiência pelos membros do grupo, é a que evoca da parte deste subgrupo de esquizofrênicos, que designamos por "modificadores reorganizativos", uma extensa variedade de caracterizações, com manifestação simultânea de declarações com carácter negativo e positivo, de natureza afectiva ou valorativa referidas ao próprio sujeito, produzidas com elevada probabilidade por um fenómeno de assimilação desta situação simulada a situações da vida real.

Outro tipo de caracterizações, tais como, as operações de justificação para as dificuldades nas respostas, pela invocação de argumentos de natureza vivencial ou referidos à situação de doença ou presença de sintomas, não surgem de um modo específico em relação a qualquer das situações sociais, verificando-se apenas que não têm significado estatístico na segunda situação social.

Nos esquizofrênicos paranóides cujo perfil é "redutor" da realidade, são ainda menores as modificações com o contexto das situações sociais. Este subgrupo de doentes, na primeira situação social produz um padrão de interacção no qual as declarações sumárias ou holofrásticas, são associadas a declarações explícitas de uma incapacidade de adaptação à situação e a uma rigidez ou manutenção das respostas. A estas categorias de relação interpessoal, desadaptadoras e desarticuladoras da interacção social, agrupam-se as declarações de vivências, próximas da referência relativas ao próprio ou aos outros participantes na interacção, na primeira

situação social. Este perfil, empobrece-se à medida que decorrem as situações sociais. As declarações vivenciais a partir da segunda situação deixam de estar associadas às restantes categorias, as operações de rigidez vão aumentando de importância estatística e na quarta situação social diminuem as respostas sumárias ou holofrásticas.

Resultados análogos a estes tinham sido constatados na comparação intra-situações, com uma técnica de comparação das categorias tomadas aos pares, numa amostra de esquizofrénicos paranóides (Figueira, M.L., Simões da Fonseca, J.S., 1982). Nesse estudo, verificara-se que as principais diferenças entre as situações sociais situavam-se no uso de caracterizações afectivas, valorativas e normativas que se modificavam de acordo com a situação e na marcada redução do número de declarações holofrásticas ao longo das quatro situações sociais.

Obteve-se, no estudo actual, uma separação completa entre o "perfil" de relação interpessoal que caracteriza a "normalidade" e o perfil "esquizofrénico". Algumas das diferenças principais entre os dois grupos de sujeitos, tinham sido descritas em trabalhos anteriores (Simões da Fonseca, J.S., 1982). Os sujeitos normais caracterizam-se em relação aos esquizofrénicos paranóides pelo uso predominante de referências ou de identificações referenciais dos atributos das situações sociais, elaboradas de um modo complexo, isto é, com vários níveis de inferência, e associadas a declarações da experiência privada do sujeito, próximas da referência. É interessante verificar, que os voluntários normais se associam na primeira situação social predominantemente aos esquizofrénicos paranóides com perfil de interacção "reductor", vão-se "deslocando" para um perfil incaracterístico, numa associação com os esquizofrénicos paranóides "intermédios" ou "centrais" nas segunda e terceira situações sociais, para finalmente associarem-se na sua quase totalidade aos doentes esquizofrénicos paranóides, "modificadores

reorganizativos", na quarta situação social. Se efectivamente, os normais não perdem, tal como os esquizofrénicos, o elo de ligação ao referencial das situações, não deixam de explorar hipóteses distorcidas e distanciadas da realidade actual, com alteração na organização dos dados da situação e atribuição de significados, parciais ou globais, distanciados dos significados realmente presentes. No entanto, fazem-no, ao contrário dos esquizofrénicos, com retorno à realidade e ao referencial da situação actual de relação interpessoal. Do mesmo modo, os normais, não deixam de não utilizar operações de limitação extensional ou intensional dos conteúdos das suas afirmações, de permanecer rígidos na manutenção das respostas e de declarar sentimentos de incapacidade. O que os diferencia dos esquizofrénicos paranóides é que utilizam mais flexivelmente as operações que lhes estão "disponíveis", de acordo com o contexto das situações sociais, isto é de acordo com as circunstâncias hipotéticas da interacção social.

Os esquizofrénicos paranóides, pelo contrário, cristalizam em modos de interacção bem definidos mas com carácter estereotipado e de um modo menos flexível do que os normais. Quando usam caracterizações referenciais ou identificações dos atributos da situação social, os esquizofrénicos paranóides, ao contrário dos normais, integram-nas em hipóteses distorcidas e distanciadas da realidade, perdendo desse modo a ligação ao referencial.

Podemos concluir de um modo geral que este trabalho permitiu definir, com rigor, modos de adaptação à realidade interpessoal ou social em pequenos grupos, de doentes diagnosticados como esquizofrénicos paranóides. Permitiu reconfirmar a ideia que a "esquizofrenia" é uma entidade heterogénea, mesmo se considerarmos predominantemente as formas paranóides, com um perfil de interacção social que pode ser subdividido pelo menos em dois tipos principais de interacção. As categorias de relação interpessoal utilizadas neste trabalho, têm o estatuto de indicadores de doença, como o

demonstraram estudos comparativos feitos com normais e outros grupos de diagnóstico (1981). Estas categorias revelaram-se como variáveis independentes dos sintomas psicopatológicos, não sendo possível na fase actual destes trabalhos, estabelecer uma relação analítica entre fenómenos de relação interpessoal e sintomas psicopatológicos. Este trabalho, aponta no sentido de considerarmos, quer os sintomas psicopatológicos, quer as variáveis sociais como indicadores da existência de uma forma de desadaptação a que se convencionou chamar esquizofrenia, indicadores que têm ocorrências simultâneas e paralelas. Este estudo permite colocar hipóteses para investigações futuras no sentido de aprofundar as relações entre os dados clínicos e anamnésticos e a estrutura generativa dos operadores de relação interpessoal. Ambos parecem corresponder a estruturas de "superfície" em relação a outros operadores com maior poder generativo das perturbações heterogêneas da esquizofrenia.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

Adams, F.R. Stereotype, social responsiveness and arousal in a case of catatonia. *Brit. J. of Psychiat.*, 1967, 113, 1123-8.

Allen, P.G. The effect of interpersonal censure on the cognitive process and reactive schizophrenic patients. *The Journal of Psychology*, 1974, 87, 103-106.

Andreasen, N.C. Thought, language, and communication disorders. I. Clinical assessment, definition of terms and evaluation of their reliability. *Arch. Gen. Psychiatry*, Nov. 1979, 36, 1365-1321.

Andreasen, N.C. Thought, language, and communication disorders. II. Diagnostic significance. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1979, 36, 1325-30.

Andreasen, N.C. The psychopathology and classification of schizophrenia. *Actas XIV Congress CINP, Setellite Meeting "Schizophrenia: an integrative view"*: Milão: Raven Press, 1984.

Angst J., Battegay R., Bente D., Berner P., Broeren W., Coln F., Dick P., Engelmeier M. P., Heimann H., Heinrich K., Helmchen H., Hippius H., Pöldinger W., Schmidlin P., Schmitt W., Weis P. Das Dokumentations-System der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMP). *Arzneimittelforsch.* 1969, 19, 399-405.

Argyle, M., Furnham, A., Graham, J.A. *Social Situations*. London: Cambridge University Press, 1981.

Arieti, S. *Interpretation of Schizophrenia* (2^a ed.). New York: Basic Books, 1974.

Arieti, S. Special Logic of schizophrenia and other types of autistic thought. *Psychiatry*, 1948, 11, 325-338.

Arriaga, F., Fonseca, J. S. Centrencephalic and temporal lobe epileptics- some characteristics of their interpersonal relationships. *Acta Psiquiatrica Portuguesa*. 1982, 28(2), 77-84.

Astrachan, B.M., Harrow, M., Adler, D., Brauer, L.,

BIBLIOGRAFIA

Schwartz, C. A Checklist for the diagnosis of schizophrenia. *Brit. J. Psychiatry*, 1972, 121, 529-539.

Ax, A.F., Bamford, J.L. The GSR recovery limb in chronic schizophrenia. *Psychophysiology*, 1970, 7, 145-147.

Bales, R. Interaction Process Analysis. A Method for the study of small Groups. Cambridge, Mass.: Addison-Wesley Press, 1950.

Bales, R.F., Strodtbeck, F.C. Fases na solução do problema do grupo. In Cartwright Zander (ed.), *Dinâmica de Grupo*. São Paulo: Ed. Herder, 1967. Reimpresso do *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1951, 46, 485-495.

Bales, R.F., Slater, P.E. Role differentiation in small decision-making groups. In T. Parsons, R.F. Bales e col. (eds.), *The Family, Socialization and Interaction Process*. Glencoe, Ill: Free Press, 1955, 259-306.

Bales R.F. Rôles centrés sur la tâche et rôles sociaux dans des groupes ayant des problèmes à résoudre. In A. Lévy (ed.), *Psychologie Sociale*. Paris: Dunod, 1965, 263-277.

Bales R.F. *Personality and Interpersonal Behavior*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1970.

Bales, R., Cohen, S. *Systematic Multiple Level Observation of Groups SYMLOG*. New York: Ed. Autor, 1975.

Bales, R., Cohen, S. *SYMLOG a System for the Multiple Level Observation of Groups*. New York: The Free Press, 1979.

Becker, E. *The Birth and Death of Meaning*. New York: The Free Press, 1962.

Becker, E. Toward a theory of schizophrenia. External objects and the creation of meaning. *Archives of General Psychiatry*, 1962, 7, 170-181.

Benjamin, J. D. A method for distinguishing and evaluating formal thinking disorders in schizophrenia. In J. S. Kasanin (ed.), *Language and Thought in Schizophrenia*. New York: W.W. Norton & Company, 1964, 65-90 (originalmente publicado em 1944).

Benzécri, J.P. e col. *L'Analyse des Données*. Vol. 2. *L'Analyse des Correspondances*. Paris: Dunod, 1976, 2ª ed.

Berne, E. *Games People Play*. The Psychology of

BIBLIOGRAFIA

- Human Relationships. London:Deutch, 1966.
- Berner,P.,Gabriel,E.,Katsching,H.,Kieffer,W.,Koehler,K., Lenz,G., Simhandl,Ch.. Diagnostic Criteria for Schizophrenic and Affective Psychoses. Washington: American Psychiatric Press, Inc., 1983.
- Bever,F.J. Associations to stimulus- reponse theories of language. In T.R. Dixon e Horton,D.C.(ed.). Verbal Behavior and General Behaviour Theory. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice - Hall, 1968.
- Blatt, S.J., Wild, C.M. Schizophrenia. A developmental analysis. New York: Academic Press, 1976.
- Bleuler,E. Textbook of Psychiatry. New York: Macmillan, 1924.
- Bleuler,E.Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig: Deuticke, 1911. Reimpresso em München: Minerva Publikation, 1978. Edição inglesa: Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias. New York: International University Press, 1950.
- Bleuler, E. Autistic Thinking. In David Rapaport (ed.), Organization and Pathology of Thought. New York: Columbia University Press, 1951, 399-450 (originalmente publicado em 1922).
- Bleuler, E. Autistic - undisciplined thinking. In David Rapaport (ed.), Organization and Pathology of Thought. New York: Columbia University Press, 1951, 438-450.
- Bleuler,E. Tratado de psiquiatria. Madrid: Espasa-Calpe, 1967 (originalmente publicado 1955).
- Bobon,D.P.,col. Le Manuel A.M.D.P.. Liège: Presses Universitaires de Liège, 1978.
- Blumer, H. Symbolic Interactionism, Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1969.
- Bowen, M. Schizophrenia as a multi-generate phenomenon. In M.M.Berger (ed.), Beyond the Double Bind. New York, 1978.
- Boyer, B.L., Giovacchini, P.C. Psychoanalytic treatment of characterological and schizophrenic disorders. New York: Science House, 1967.
- Broadbent,D. Perception and Communication. Oxford: Pergamon Press, 1958.
- Brockington,I.F., Kendell,R.E., Leff,J.P. Definitions

BIBLIOGRAFIA

of schizophrenia: concordance and prediction of outcome. *Psychological Medicine*, 1978, 8, 387-98.

Broen, W.E. Response disorganization and breath of observation in schizophrenia. *Psychological Review*, 1966, 73, 579-85.

Broen, W.E., Storms, L.H. Lawful disorganization: the process underlying schizophrenic syndrome. *Psychological Review*, 1966, 73, 265-79.

Broen, W.E. *Schizophrenia: Research and Theory*. New York: Academic Press, 1968.

Broen, W.E., Nakamura, C.Y. Reduced range of sensory sensitivity in chronic nonparanoid schizophrenics. *Journal of Abnormal Psychology*, 1972, 79, 106-111.

Broen, W.E., Storms, L.H. A theory of response interference in schizophrenia. In B. Maher (ed.). *Contributions to the Psychopathology of Schizophrenia*. New York: Academic Press, 1977, 267-311.

Bruner, J.S. On perceptual readiness. *Psychological Review*, 1975, 64, 123.

Brown, G.W. Length of hospital stay and schizophrenia: a review of statistical studies. *Acta Psychiatria et Neurologia Scandinavica*, 1960, 35, 414-430.

Brown, R. Schizophrenia, language and reality. *Am. Psychologist*, 1973, 28, 395-403.

Brown, T.A. The microgenesis of schizophrenic thought. *Archives de Psychologie*, 1980, 48, 215-237.

Buytendijk, F.J.J., *Phénoménologie de la Rencontre*. Paris: Desclée de Brouwer, 1952.

Byrne, P.S., Long, B.E.L. *Doctors talking to patients*. London: HMSO, 1976.

Callaway, E., Thompson, S.V. Sympathetic activity and perception. *Psychosomatic Medicine*, 1953, 15, 443-455.

Callaway, E., Dembo, D. Narrowed attention: a psychological change. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 1958, 79, 74-90.

Cameron, N. Experimental analysis of schizophrenic thinking. In J.S. Kassinin (ed.). *Language and Thought in Schizophrenia*. New York: W.W. Norton & Company, 1964.

BIBLIOGRAFIA

- Cameron, N. , Margaret, A. Behavior Pathology. Cambridge, Mass: Riverside Press, 1951.
- Cancro, R., Pruyser, P.W. A historical review of the development of the concept of schizophrenic reactions. In R.Cancro (ed.). New York: Brunner/Mazel Publishers, 1970, 3-12.
- Carter, L.F. Recording and evaluating the performance of individuals as members of small groups. *Personn. Psychol.*, 1954, VII, 477-484.
- Carter, L.F., Haythorn, W., Meirowitz, B., Lanzetta, J. The relation of categorization and ratings in the observation of group behavior. *Human. Relat.*, 1951, 4, 239-254.
- Chaika, E. A Linguistic looks at "Schizophrenic" language. *Brain and Language*, 1974, 1, 257-276.
- Chapman, L.J. Distractibility in the conceptual performance of schizophrenics. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1956, 53, 286-291.
- Chapman, L.J., Chapman, J. P. Atmosphere effect re-examined. *Journal of Experimental Psychology*, 1959, 58, 220-226.
- Chapman, L.J. The role of type of distractor in the "concrete" conceptual performance of schizophrenics. *Journal of Personality*, 1956, 25, 130-141.
- Chapman, L.J., Chapman, J.P. *Disordered Thought in Schizophrenia*. New Jersey, Prentice-hall, 1973.
- Chapman, L.J., Taylor, Janet, A. Breadth of deviate concepts used by schizophrenics. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1957, 54, 118-123.
- Claridge, G.S. The schizophrenias as nervous types. *Br. J. Psychiat.*, 1972, 121, 1-17.
- Cohen, B.D., Cambi, J. Schizophrenic performance in a word-communication task. *Journal of Abnormal Psychology*, 1967, 72, 210-240.
- Cohen, B.D., Nachmani, G. Rosenberg, S. Referent communication disturbances in acute schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 1974, 83, 1-13.
- Colby, K.M. *Artificial Paranoia*. A computer simulation of paranoid processes. New York: Pergamon Press, 1975.
- Cooper, J.E., Kendell, R.G., Gurland, B.J. Sharpe,

BIBLIOGRAFIA

L., Copeland, J.R.M., Simon, R. *Psychiatric Diagnosis in New York and London*. London: Oxford University Press, 1972.

Costa, N. Felix, Fonseca, J. S. Some characteristics of the interpersonal relationships established by hysteric neurotic patients. *Acta Psiquiatrica Portuguesa*, 1982, 28(2), 65-70.

Costa Nicolau, F. *Contributions au traitement automatique des données multidimensionnelles par l'analyse des correspondances et la classification automatique*. Paris: Thèse de Doctorat de 3ème Cycle, Univ. Pierre et Marie Curie, 1972.

Couch, A.J., Carter, L.S. A factorial study of the rated behavior of group members, *Easter Psychological Association*, 1952.

Coulter, J. *Approaches to insanity. A philosophical and sociological study*. London: Martin Robertson, 1973.

Dahrendorf, R. Out of utopia. *American Journal of Sociology*, 1958, 64(2), 115-127.

Davies, D., Cromwell, R.L., Held, J.M. Size estimation in emotionally disturbed children and schizophrenic adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 1967, 72, 395-401.

Davis, K. M., Blaney, P.H. Overinclusion and self-editing in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 1976, 85, 51-60.

Davies, R.G. *Computer Programing in Quatitative Biology*. London: Academic Press, 1971.

Deese, J. Thought into speech. *American Scientist*, 1978, 66, 314-321.

Deese, J. Pauses, prosody and the demands of production in language. In H.W. Dechert e M. Raupach (ed.). *Temporal variables in Speech: Studies in honour of Frieda Goldman-Eisler*. The Hague: Mouton, 69-84.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3^{ed}. Washington: American Psychiatric Association, 1980.

Downing, R.W., Erbert, J.N., Shubrooks, S.J. Effects of three types of verbal distractors on thinking in acute schizophrenia. *Perceptual and Motor Skills*, 1963,

BIBLIOGRAFIA

- 17,881-882.
- Durbin, M., Martin, R.L. Speech in mania: syntactic aspects. *Brain and Language*, 1977, 4, 208-218.
- Epstein, S. Overinclusive thinking in process and reactive schizophrenics. *Journal of Consulting Psychology*, 1953, 17, 384-388.
- Erikson, E.H. *Childhood and Society*. New York: Norton, 1950.
- Everitt, B.S. Multivariate analysis: the need for data and other problems. *Brit. J. Psychiat.*, 1975, 126, 237-40.
- Eysenk, H.J. *The Psychology of Politics*. London: Routledge & Kegan Paul, Ltd., 1954.
- Fairbairn, W. R.D. *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London: Routledge, 1952.
- Federn, P. *Ego Psychology and the Psychosis*. New York: Basis Books, 1952.
- Federn, P. *Le Moi dans la Schizophrénie*. Conf. apresentada em Kansas, 1949, trad. do inglês por G. Bloede. Paris: Institut de Psychanalyse.
- Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.B., Woodruff, R.A., Winokur, G., Munoz, R. Diagnostic Criteria for use in psychiatric research. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1972, 26, 57-63.
- Fenichel, O. *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: Norton, 1945.
- Fernandes, B. Notas sobre a esquizofrenia a propósito do Symposium de Madrid. Sep. *Actas Luso-Espanolas de Neurologia y Psiquiatria*, 1958, 17(4), 275-287.
- Figueira, M. L., Fonseca, J. S. Some patterns of interpersonal relationships of paranoid schizophrenic patients. *Acta Psiquiátrica Portuguesa*. 1982, 28(2), 85-92.
- Figueira, M.L., Fonseca, J. Simões., A System's approach to the identification of different patterns of paranoid schizophrenia". In *Actas 14th CINP Congress, Symposium, "Schizophrenia: an integrative view"*, Milão: Raven Press, 1984.
- Fish, F.J. *Schizophrenia*. Bristol: Jonh Wright e Sons Ltd., 1962.

BIBLIOGRAFIA

Fonseca, J. Simões da. Bases Neurais da Vida Psíquica. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Lisboa, 1969.

Fonseca, J. Simões., Figueira, M.L., Gil, M.T., Barata, J.G., Pacheco, M.F. A system approach to the theory of learning in a simple 'problem-solving' situation. Praga: Acta Cong. CIANS, 1975.

Fonseca, J. Simões., Figueira, M.L., Gil, M.T., Pego, F. and Ramos, V. Can Interpersonal relationship be rigorously defined and assessed as a human factor in health care?. *If Life*. 1975, 1(9), 92-109.

Fonseca, J. Simões., Gil, M.T., Figueira, M.L., Barata, J.G., Pacheco, M.F. How do normal subjects learn a simple adaptative task - How and why do paranoid schizophrenic patients fail *Arch. Psychiat. Nervenkr*, 1978, 225, 31-53.

Fonseca, J. Simões., Figueira, M.L., Gil, M.T., Barata, J., Lara, E., Arriaga, F., "Relações interpessoais: um modelo estrutural e dinâmico baseado na Teoria dos Sistemas". *Revista Portuguesa de Psicologia*, 1977/1978/1979, nº.14/15/16, 107-120.

Fonseca, J. Simões., Gil, M.T., Figueira, M.L., Barata, J., Arriaga, F., Lara, E., Horta, M.P. A cost-value theory of decision-making in a class of discrete learning systems". *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 1980, 26(1):21-35.

Fonseca, J. Simões., Figueira, M.L., Gil, M.T., Barata, J.G., Nicolau, H., Pacheco, M.F. Normal subjects, phobic and obsessive neurotic patients paranoid schizophrenics under therapy and not under therapy Profiles and Singularities of adaptation in different diagnostic groups in a simple problem solving task". *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 1980, 26(2), 77-92.

Fonseca, J. Simões., Guerreiro Barata, J., Arriaga, F., Lara, E., Gil, M.T., Figueira, M.L., Pacheco, M.F., Horta, M.P. Cognitive and affective dimensions of factual value and cost in adaptation to a structured environment considered as a problem solving process". *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 1980, 26(3), 153-161.

Fonseca, J. Simões., Figueira, M.L., Gil, M.T., Barata, J.G., Nicolau, H., Pacheco, M.F. Normal subjects,

BIBLIOGRAFIA

phobic and obsessive neurotic patients, paranoid schizophrenics under therapy and not under therapy - Profiles and Singularities of their adaptation to a irrelevant stimulus included in the structure of a simple problem solving task". *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 1980, 26(4), 187-193.

Fonseca, J. Simões., Figueira, M.L., Arriaga, F., Gil, M.T., Lara, E., Horta, M.P., Félix da Costa, N. "Social interactions in restrict social groups- How methods and epistemic viewpoints are reflected in results". *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 1982, 28(3), 125-135.

Fonseca, J. Simões., Figueira, M.L., Gil, M.T., Arriaga, F., Lara, E., Horta, M.P., da Costa, N.F., Incidencias clínicas del analysis biocibernetica del lenguaje". Madrid: Edición de la Real Academia de Ciencias Exactas, Fisicas y Naturales, 1982, 43-66.

Fonseca, J. Simões., Figueira, M.L., Gil, M.T., Arriaga, F., Lara, E., Horta, M.P., Silva, A. When they interact socially do normal subjects known what is happening and is it true what they think?. *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 1981, 27(1), 11-22.

Fonseca, J. Simões., Figueira, M.L., Gil, M.T., Arriaga, F., Lara, E., Horta, M.P., Félix, N. A System's approach to the communication within a restrict social group - Why not?. *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 1981, 27(2), 61-73.

Fonseca, J. Simões., Figueira, M.L., Arriaga, F., Lara, E., Gil, M.T., Horta, M.P., Félix, N. To be or not to be (passive)? There are some conditions, affirmative and negative declarations as well as other questions to be answered. *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 1981, 27(3,4), 113-136.

Fonseca, J.S., Lara, E., Figueira, M.L., Arriaga, F., Gil, M.T., Horta, M.P., Costa, N.F. Social learning-complexity does not allow reductionism. *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 1982, 28(1), 11-24.

Fonseca, J. S., Figueira, M.L., Gil, M.T., Arriaga, F., Lara, E., Horta, M.P., Costa, N.F. Some indications of social learning and their psychopathological transformations. *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 1982, 28(2), 49-56.

BIBLIOGRAFIA

Fonseca, J.Simões., Figueira, M.L., Gil, M.T., Félix, N., Arriaga, F., Horta, M.P., Lara, E., Santos Silva, A., Vicente, M.L. An analyses of adaptive and maladaptive cognitive operations within social interactions- Do they posses a generative power concerning clinical phenomena?. *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 1982, 28(4), 147-157.

Fonseca, J.Simões., Félix da costa, N., Arriaga, F., Lara, E., Figueira, M.L., Santos Silva, A., Horta, M.P., Vicente, M.L., Maltês, J., Ouakinin, S., Gomes, E. *Auto- Retrato de uma Democracia Enquanto Jovem*. Lisboa: Barra Nova, 1983.

Fonseca, J.Simões. *Actas VII World Congress of Psychiatry*. Plenum Press, New York, 1983.

Fonseca, J.Simões., Figueira, M.L., Serro, J., Félix da Costa, N., Vicente, M.L., Fonseca I.B. Contribution of clinical and interpersonal relationship's data concerning taxinomic distinctions from paranoid schizophrenia. *Florença: Actas 14th CINP Congress*, 1984.

Frank, J. *Psychoanalyse und Psychiatrie*. Sammlung Psychoanalytischer Aufsätze, 1932, 99-102 (cit. por R. Cancro, 1970).

Freemon, B., Negrete, V.F., Davies, M., Korsch, B.M. Gaps in doctor - patient communication: doctor-patient interaction analysis. *Pediat. Res.*, 1971, 5, 298-311.

Freud, S. *Psycho - analytic notes on a autobiographical account of a case of paranoia (dementia paranoides)*. Standard Edition (vol.12). London: Hogarth, 1958 (originalmente publicado em 1911).

Freud, S. *On Narcissism: an introduction*. Collected Papers, 1914, 4, 30-59 (originalmente publicado em 1914).

Freud, S. *The Ego and the Id*. Standard Edition (vol.19). London: Hogarth, 1961 (originalmente publicado em 1924).

Freud, S. *Psychopathologie de la Vie Quotidienne*. Paris: Payot, 1968 (originalmente publicado em 1938).

Fromkin, V.A. A Linguistic look at "schizophrenic language". *Brain and Language*, 1975, 2(4), 498-503.

Gardner, R.W., Long, R.I. Control defense, and

BIBLIOGRAFIA

- centration effects; a study of scanning behavior. *Brit. Journal of Psychology*, 1962, 53, 129
- Garmezy, N. Contributions of experimental psychology to understanding the origins of schizophrenia. In J. Romano (ed.), *The Origins of Schizophrenia*. Amsterdam: Excerpta Medica Foundation, 1967, 201-213.
- Garside, R.F., Martin Roth. Multivariate statistical methods and problems of classification in psychiatry. *Brit. J. Psychiat.*, 1978, 133, 53-67.
- Gathercole, C. E. A Note on some tests of over-inclusive thinking. *British Journal of Medical Psychology*, 1965, 38, 59-62.
- Gedo, J.E., Goldberg, A. *Models of the Mind*. Chicago: The University of Chicago Press, 1973.
- Gil, M.T. and Fonseca, J. Simões. Obsessive neurotic patients. *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 1982, 28(2), 61-64.
- Goffman, E. *The Presentation of Self in Everyday Life*. Garden City: Doubleday, 1959.
- Goffman, E. *Asylums*. Garden City, New York: Doubleday, 1961.
- Goldstein, Kurt, Scheerer, Martin. Abstract and Concrete Behavior. An experimental study with special tests. *Psychological Monograph*, 53(2), 1941.
- Goldstein, K. Methodological approach to the study of schizophrenic thought disorder. In J.S. Kassin (ed.), *Language and Thought in Schizophrenia*. New York: W. W. Norton e Company, 1964, 17-40 (originalmente publicado em 1943).
- Goldstein, K. Concerning the concreteness in schizophrenia. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1959, 59, 146-148.
- Goldstein, M. J., Held, J.M., Cromwell, R.L. Premorbid adjustment and paranoid-nonparanoid status in schizophrenia. *Psychological Bulletin*, 1968, 70, 382-386.
- Gottesman, I., Chapman, L.J. Syllogistic reasoning errors in schizophrenia. *Journal of Consulting Psychology*, 1960, 24, 250-255.
- Gruzelier, J.H., Venables, P.H. Skin conductance orienting activity in a heterogeneous sample of

schizophrenics. *J. Nerv.Ment.Dis.*, 1972, 155, 277-287.

Hamilton, V. Size constancy and cue responsiveness in psychosis. *Brit. Journal of Psychology*, 1963, 54, 64-74.

Hamilton, V. The size constancy problem in schizophrenia: a cognitive skill analysis. *Brit. Journal of Psychology*, 1972, 63, 1, 73-84.

Hamilton, V. Cognitive development in the neuroses and schizophrenias. In V. Hamilton, M.D. Vernon (eds.), *The Development of Cognitive Processes*. London: Academic Press, 1979, 681-731.

Hanfmann, E., Kasanin, J. A Method for the study of concept formation. *Journal of Psychology*, 1937, 3, 521-540.

Hanfmann, E., Kasanin, J. Conceptual thinking in schizophrenia. *Nervous and Mental Disease Monographs*, 1942, 67, 1-115.

Halliday, M.A.K., Hansan, R. *Cohesion in English*. London: Longman, 1976.

Hare, P. *Handbook of Small Group Reserach*. New York: The Free Press of Glencoe, 1962.

Hare, P.A. Bibliography of small group research 1951- 1969. *Sociometry*, 1972, 35(1), 1-150.

Harman, H.H. *Modern Factor Analysis*. Chicago: The University of Chicago Press, 1967 (2^{ed.}).

Hartman, H. *Ego Psychology and the Problem of Adaptation*. New York: International Universities Press, 1958(originalmente publicado em 1939).

Hawks, D. V., Payne. R.W. Overinclusive thought disorder and symptomatology. *British Journal of Psychiatry*, 1971, 118, 663-670.

Hawk, A. B., Carpenter, W. T. Jr, Strauss, J.S. Diagnostic criteria and five-year outcome in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 1975, 32, 343-347.

Hemsley, D. R. What have cognitive deficits to do with schizophrenic symptoms? *Brit. J. Psychiatry*, 1977, 30, 167-173.

Hemsley, D. R. A Two stage model of attention in schizophrenic research. *Brit. J. of Social and Clinical Psychology*, 1975, 14, 81-89.

BIBLIOGRAFIA

- Higgins, J. Process-reactive schizophrenia and environmental orientation. *J. Schiz.*, 1968, 2, 72-80.
- Hoch, P. H. Differential diagnosis in clinical psychiatry. The Lectures of Paul H. Hoch. Strahl, M.O., Lewis, N.D.C., (eds.). New York: Jason Aronson, Inc., 1972.
- Hoffman, R.E., Kirstein, L., Stopek, S., Cicchetti, D.V. Apprehending schizophrenic discourse: a structural analysis of the listener's task. *Brain and Language*, 1982, 15, 207-233.
- Homans, G.C. *Social Behavior: its elementary forms*. London: Routledge, 1961.
- Horney, K. *The Neurotic Personality of Our Time*. New York: Norton, 1937.
- Horta, M.P. and Fonseca, J. Simões. Experimental study of interpersonal relationships in groups of adolescent subjects. *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 1982, 28(2), 57-60.
- Horta, M.P. and Fonseca, J. Simões. Characteristics of interpersonal relationships of normal adolescence and the obsessional cognitive set. *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 1983, 29(1-2), 17-23.
- Ianzito, B., Cadoret, R., Pugh, D. Thought disorder in depression. *American J. Psych.*, 1974, 131, 703-707.
- Jacobs, M.R. The effect of interpersonal content on the logical performance of schizophrenics. (Doctoral Dissertation, C. Western University). Ann Arbor, Mich.: University Microfilms, 1969, nº70-5100.
- Janzarik, W. *Dynamische grundkonstellationen in endogenen psychosen*. Berlin - Göttingen - Heidelberg: Springer, 1959 (cit in Berner, P. e col., 1983).
- Janzarik, W. Nosografia y psicosis unica. In G. Huber (ed.), *Esquizofrenia y Ciclotimia*. Madrid: Ediciones Morata, 1972, 51-61. Ed. Original: Stuttgart: George Thieme Verlag, 1969.
- Jaspers, K. *Psicopatologia General* : Buenos Aires: Editorial Beta, 1963 (3ª ed.). Edição original: 1913 (1ª ed.).
- Johnson, J.E., Petzel, T.P., Figueroa, P. The effects of positive versus negative social stimuli on the learning of process and reactive schizophrenics.

BIBLIOGRAFIA

The Journal of Social Psychology, 1973, 89, 251-256.

Johnston, D.W., Bursill, A.E. Probability Learning and withd of attention in normal and schizophrenic groups. Brit. J. Soc. Clin. Psychol., 1973, 12, 402-410.

Jung, C.G. The association method. American Journal of Psychology, 1910, 21, 219-269.

Jung, C. G. Studies in Word Association. London: Heinemann, 1918.

Jung, C.G. The Psychology of Dementia Praecox. New York: Nervous and Mental Disease Monograph Series,3, 1936 (originalmente publicado em 1903).

Kantor, R.E., Herron, W.G. Reactive and process schizophrenia. Palo Alto, California: Science and Behavior Books, 1966.

Kantorowitz, D., Cohen, B. D. Referent communication in chronic schizophrenia. J. of Abnormal Psychology, 1977, 86, 1-9.

Kasanin, J.S. The disturbance of conceptual thinking in schizophrenia. In J.S.Kasanin (ed.), Language and Thought in Schizophrenia, New York: W.W. Norton e Company, 1964, 41-49 (originalmente publicado em 1944).

Kay, S.R., Singh, M.M. Cognitive abnormality in schizophrenia: a dual process model. Biological Psychiatry, 1979, 14, 155-176.

Kendell, R.E., Everitt, B., Cooper, J.E., Sartorius, N., David, M.E. Reliability of the Present State Examination. Social Psychiatry, 1968, 3, 123-129.

Kendell, R. E., Brockington, I.P., Leff, J., Prognostic implications of six alternative definitions of schizophrenia. Arch.Gen.Psychiat., 1979, 36, 25-31.

Korch, B.M., Nygrette, U.F. Doctor-patient communication. Sci.Amer.,Aug 1972, 66-73.

Kraepelin, E. Dementia Praecox and Paraphrenia (ed. inglesa). Edinbourg: Livingstone, 1919.

Kraepelin,E. Manic depressive insanity and paranoia (ed.inglesa). Edinbourg: Livingstone, 1921.

Kraepelin,E. Leçons Cliniques sur la Démence Précoce et la Psychose Maniaco-depressive (ed.francesa). Toulouse: Privat Editeur, 1970.

BIBLIOGRAFIA

- ICD 9th. Revision. Mental Disorders. Glossary and Guide to their classification in accordance with the Ninth Revision of the International Classification of Disease. Genova: WHO, 1978.
- Irigary, L. *Pathologie du Langage*. Langages, 1967, 5, 84-126.
- Landmark, J. A Manual for the assessment of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 1982, Supplementum 298, vol. 65.
- Langfeldt, G. *The Prognosis in Schizophrenia*. Copenhagen: Munksgaard, 1956.
- Langer, S.K. *Filosofia em Nova Chave*. São Paulo: Perspectiva, 1971 (originalmente publicado em 1942).
- Langer, S. *Ensaio Filosóficos*. S. Paulo: Cultrix, 1962.
- Langer, S.K. *Mind: An Essay on Human Feelings*. Baltimore: The John Hopkins Press, 1967.
- Lara, E. Fonseca, J. Simões. Social interpersonal relationships under depression. *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 1982, 28(2), 71-76.
- Lashley, K. S. The problem of serial order in behavior. In L. Jetpress (ed.), *Cerebral Mechanisms in Behavior*. New York: John Wiley and Sons, 1951.
- Lawson, J.S., MacGhie, A., Chapman, J. Perception of speech in schizophrenia. *Brit. J. Psychiatry*, 1964, 110, 375-380.
- Lefcourt, H.M., Steffy, R.A., Buckspan, B., Rotenberg, F. Avoidance of censure by process and reactive schizophrenics as a function of examiner's sex and type of task. *J. Gen. Psychol.*, 1968, 79, 87-96.
- Leary, T. *Interpersonal Diagnosis of Personality*. New York: The Ronald Press Company, 1957.
- Lenneberg, E.H. *Biological Foundations of Language*. New York: John Wiley and Sons, 1967.
- Lewis, Gordon H. Bales' Monte Carlo model of small group discussions. *Sociometry*, 1970, 1, 20-36.
- Liberman, D., Maldavsky, D. *Psicoanálisis y semiótica*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1975.
- Lidz, T., Cornelison, A., Terry, D., Fleck, S. Intra-familial environment of the schizophrenic patient: VI. The transmission of irrationality. *Archives of*

Neurology and Psychiatry, 1958, 79, 305-16.

Lisman, S.A. e Cohen, B.D. Self - editing deficits in schizophrenia. J. of Abnormal Psychology, 1972, 79, 181-188.

Lloyd, D.N. Overinclusive thinking and delusions in schizophrenic patients: a critique. J. of Abnormal Psychology, 1967, 72, 451-453.

Lovibond, S.H. The object sorting test and conceptual thinking in schizophrenia. Australian Journal of Psychology, 1954, 6, 52-70.

Maher, Brendan. Principles of Psychopathology. New York: MacCraw Hill Books, 1970.

Maher, B. The language of schizophrenia: a review and interpretation. Brit. J. Psychiat., 1972, 120, 3-17.

Matheson, W. An independent validation of Bales' concept of "Social Psychological Space". The Alberta Journal of Educational Research, 1972, vol. XVIII nº3, 174-179.

Mc Credie, R.G. The Nithsdale schizophrenia survey: I. Psychiatric and social handicaps. Brit. J. Psychiat., 1982, 140, 582-586.

McGaughan, L. S. Predicting language behaviour from object sorting. J. of Abnormal and Social Psychology, 1954, 49, 183-195.

McGhie, A., Chapman, J. Disorders of attention and perception in early schizophrenia. British Journal of Medical Psychology, 1961, 34, 103-116.

McGhie, A. Attention and perception in schizophrenia. In B.Maher (ed.), Contributions to the Psychopathology of Schizophrenia. New York: Academic Press, 1977.

Mead, G.H. Mind Self and Society. From the standpoint of a social behaviorist (Editado com introdução de C.W.Morris). Chicago: The University of Chicago Press, 1934 (11ª impressão, 1959).

Mednick, S.A. A learning theory approach to research in schizophrenia. Psychological Bulletin, 1958, 55, 316-327.

Mendells, J., Cochrane, C. The nosology of depression: the endogeneous-reactive concept. American Journal of Psychiatry, 1968, 121, Supplement 1-11.

BIBLIOGRAFIA

- Miller, G.A., Chomsky, N. Finite models of language users. In R.D. Luce, R.R. Bush, E. Galanter (eds). Handbook of Mathematical Psychology (vol. 2). New York: John Wiley and Sons, 1963.
- Minkowski, E. *Traité de Psychopathologie*. Paris: Presse Univ.de France, 1966
- Moran, L.J. Vocabulary knowledge and usage among normal and schizophrenic subjects. *Psychological Monographs*, 1953, 67 (20, whole n° 370).
- Nachmani, G. Cohen, B.D. Recall and recognition free learning in schizophrenics. *Journal of abnormal Psychology*, 1969, 74, 511-516.
- Neale, J.S., Cromwell, R.L. Attention and perception in schizophrenia. In B.A. Maher (ed.), *Contributions to the Psychopathology of Schizophrenia*. New York : Academic Press, 1977, 99-127.
- Nims, J.P. Logical reasoning in schizophrenia: the Von Domarus principle (Doctoral Dissertation, University of Southern California). Ann Arbor, Mich.: University Microfilms, 1959, n° 59 -1857.
- Oades, R.D. *Attention and Schizophrenia*. Boston: Pitman Advanced Publishing Program, 1982.
- Osgood, C.E., Suci, G.J., Tannenbaum, B.H. *The measuring of Meaning*. Urbana, Ill.: University of Illinois Press, 1957.
- Paes de Sousa, M., Figueira, M.L., Nicolau, H.B. Classification Analysis of Depression through AMDP-4. In Bobon e col (eds.). *AMDP-System In Pharmacopsychiatry*. Basel: S.Karger AG, 1983, 107-118
- Parsons, T. Schils, E.A. (eds.) *Towards a General Theory of Action*. Cambridge, Mass: Harvard Univers. Press, 1951.
- Parsons, T., Bales, R.F., Shils, E.A. *Working Papers in the theory of Action*. Glencoe, Ill.: Free Press, 1953.
- Parsons, T., Bales, R.F. *Family, Socialization and Interaction Process*. Glencoe Ill.: Free Press, 1955.
- Payne, R.W., Matussek, P., George, E.I. An experimental study of schizophrenic thought disorder. *Journal of Mental Science*, 1959, 105, 627-652.
- Payne, R.W., Hewlett, J.H.G. Thought disorder in

BIBLIOGRAFIA

psychotic patients. In H.J. Eysenck (ed.), *Experiments in personality. Vol III, Psychodiagnostics and psychodynamics*. London: Routledge and Kegan Paul, 1960, 3-104.

Payne, R. W. An object classification test as a measure of overinclusive thinking in schizophrenic patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*. 1962, 1, 213-21.

Payne, R.W., Friedlander, D.A. A short battery of simple tests for measuring overinclusive thinking. *Journal of Mental Science*, 1962, 108, 362-367.

Payne, R.W., Caird, W.K., Laverty, S.G. Overinclusive thinking and delusions in schizophrenic patients. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1964, 68, 562-566.

Payne, R.W. The long-term prognostic implications of overinclusive thinking and retardation in mental patients: a follow-up study using objective tests. *Proceedings of the IV World Congress of Psychiatry, Madrid, 1966*. New York: Excerpta Medica Foundation, 1968, 2657-2666.

Payne, R. W. Cognitive defects in schizophrenia: overinclusive thinking. In J.Hellmuth (ed.), *Cognitive Studies, vol.2: Deficits in cognition*. New York: Brunner and Mazel, 1971, 53-89.

Phillips, L. Case history and prognosis in schizophrenia. *J.Nerv. Ment. Dis.*, 1953, 117, 515.

Piaget, J. *La Construction du Réel chez l'Enfant*. Neuchatel: Delachaux et Niestlé, 1967.

Piaget, J. *La Naissance de l'Intelligence chez l'Enfant*. Neuchatel: Delachaux et Niestlé, 1968.

Piaget, J. *La Formation du Symbole chez l'Enfant*. Neuchatel: Delachaux et Niestlé, 1968.

Polónio, P. A alteração esquizofrénica da personalidade. As esquizofrenias processivas. *Anais Portugueses de Psiquiatria*, 1957, IX(9), 1-10.

Polónio, P. Esquizofrenias e síndromes esquizofrénicas. *Anais Portugueses de Psiquiatria*, 1969, Vol.XXI, 18, 422-433.

Price, R.H. Task requirements in tests of schizophrenic overinclusion. *Br.J.Soc.Clin.Psychol.*, 1970, 9,

60-67.

Rapaport, D. Toward a theory of thinking. In D. Rapaport (ed.), *Organization and Pathology of Thought. Selected Sources*. New York: Columbia University Press, 1951, 689-729.

Rapaport, D. The structure of psychoanalytic theory: a systematizing attempt. In S.Koch(ed.), *Psychology: a study of a science*. New York: McGraw-hill Book Company, 1959.

Rattan, R., Chapman, L.J. Associative intrusions in schizophrenic verbal behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 169-173.

Reilly, F., Harrow, M., Tucker, G., Quinlan, D., Siegel, A. Looseness of associations in acute schizophrenia. *Brit.J. Psychiat.*, 1975, 127, 240-6.

Rodnick, E.H., Garmezy, N. An experimental approach to the study of motivation in schizophrenia. In M.R. Jones(ed.), *Nebraska Symposium on Motivation*. Lincoln: Univ.Nebraska Press, 1957, 109-184.

Robins, E., Guze, S. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am. Psychiat.*, 1970, 7, 983-987.

Rochester, S.J., Martin, J.R., Thurston, S. Thought process disorder in schizophrenia: the listener's task. *Brain and Language*, 1977, 4, 95-114.

Rochester, S.R., Are language disorders in acute schizophrenia actually information - processing problems?. In Wynne, Cromwell, Mathysse (eds.). *The Nature of Schizophrenia*, New York: John Wiley & Sons, 1978.

Rohlf, J. MINT, user's manual. New York: Press of State University of New York, Stony Brook, 1971.

Rosenberg, S., Cohen, B.D. Speaker's and listener's process in a word-communication task. *Science*, 1964, 145, 1201-03.

Saletu, B. Central measures in schizophrenia. In H. Van Praag, M. Lader, O.J. Rafaelson, E.J. Sachar (eds.), *Handbook of Biological Psychiatry, Part II*. New York and Basel: Marcel Dekker, Inc., 1980, 97-144.

Salzinger, K., Portnoy, S., Feldman, R.S. Verbal

behavior in schizophrenics and some comments toward a theory of schizophrenia. In P.Hoch, J.Zubin (eds.), *Psychopathology of Schizophrenia*. New York: Grune & Stratton, 1966.

Salzinger, K., Portnoy, S., Feldman, R.S. Communicability deficit in schizophrenic resulting from a more general deficit. In S. Schwartz(ed.), *Language and Cognition in Schizophrenia*. New York: John Wiley & Sons, 1978, 35-51.

Schefflen, A. *Levels of Schizophrenia*. New York: Brunner & Mazel, 1981.

Scherer, K.R., Giles, H. *Social Markers in Speech*. Cambridge: Cambridge University Press, 1979.

Schmid-Kitskis, E. Piagetian theory and its approach to psychopathology, *American Journal of Mental Deficiency*, 1973, 77, 6, 694-705.

Schmid-Kitskis, E., Zutter, A.M., Burmond, Y., Burgermeister, J.J., Tissot, R., Ajuriaguerra, J. Quelques aspects des activités cognitives du schizophrène. *Annales Médico-psychologiques*, 1975, 133^e année, n°2, 197-236.

Schneider, C. *Die Psychologie der Schizophrenen*. Leipzig: Thieme, 1930.

Schneider, K. *Psicopatologia clinica*. Madrid: Editorial Paz Montalvo, 1970. Ed. Inglesa, New York: Grune and Statton, 1959.

Schutz, A. *Fenomenologia e Relações Sociais*. Textos escolhidos. Organização e introdução de H.R. Wagner. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979. traduzido da edição inglesa, Chicago: The University of Chicago Press, 1970.

Schutz, W.C., What makes group productive? *Human Relations*, 1955, 8, 429-465.

Schutz, W.C. *FIRO: a three dimensional theory of interpersonal behavior*. New York: Rinehart, 1958.

Shakow, D. Segmental Set: a theory of the psychological deficit in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 1962, 6, 1, 17.

Schwartz, S. Language and cognition in schizophrenia, a review and synthesis. In S.Schwartz(ed.), *Language and Cognition in Schizophrenia*. New York:

John Wiley & Sons, 1978.

Secord, P.F., Backman, C.W. Social Psychology. Maidenhead: McGraw-Hill, 1964.

Shapiro, S.A. Contemporary Theories of Schizophrenia. New York: McGraw Hill Book Company, 1981.

Silverman, J. Scanning control mechanisms and "cognitive filtering" in paranoid and nonparanoid schizophrenia. Journal of Consulting Psychology, 1964, 28, 385-393.

Silverman, J. The problem of attention and the reserch and theory of schizophrenia. Psychological Review, 1964, 71, 352-379.

Singer, M.T., Wynne, L.C. Thought disorder and family relations of schizophrenics: IV. Results and implications. Archives of General Psychiatry, 1965, 12, 201-12.

Singh, M.M. Some insights into the pathogenesis of schizophrenia. In G. Hemmings (ed.). The Biological Basis of Schizophrenia. Lancaster: M.T.P. Press, 1978, 179-195.

Slade, p.D. Rate of information processing in a schizophrenic and a control group: the effect of increasing task complexity. Br.J. Soc. Clin. Psychol., 1971, 10, 152-159.

Smith, E.E. Associative and editing processes in schizophrenic communication. Journal of Abnormal Psychology, 1970, 75, 182-86.

Sneath, P, Sokal, R.R. Numerical Taxonomy. The Principles and Practice of Numerical Classification. San Francisco: W.H. Freeman and Company, 1973.

Sole-Sagarra, J., Leonhard, K. Manual de Psiquiatria. Madrid: Ediciones Morata, 1953.

Spitzer, R. L., Endicott, J., Robins, E. Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability. Arch. Gen. Psychiat., 1978, 35, 773-782.

Spitzer, R. L., Endicott, J., Robins, E. Research Diagnostic Criteria (RDC) for a selected group of functional disorders, 3^aed., New York State Psychiatric Institute, 1978.

Strauss, J. S., Carpenter, W.T., Jr. Schizophrenia. New York: Plenum Medical Book Company, 1981.

BIBLIOGRAFIA

Sturm, E. I. Overinclusion and concreteness among pathological groups. *Journal of Consulting Psychology*, 1965, 29, 9-18.

Sullivan, H. S. *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: W.W. Norton & Company, 1953.

Sullivan, H.S. *The Fusion of Psychiatry and Social Science*. New York: W.W.Norton & Company, 1964.

Sullivan, H.S. *Schizophrenia as a Human Process*. New York: W.W.Norton & Company, 1962.

Taylor, M.A., Abrams, R. A critique of the Saint Louis Psychiatric Research Criteria for Schizophrenia. *Am. J. Psychiat.*, 1975, 132(12), 1276-1280.

Taylor, M.A., Abrams, R. The prevalence of Schizophrenia. A reassessment using modern diagnostic criteria. *Am.J.Psychiat.*, 1978, 135(8), 945-948.

Thibaut, J., Kelly, H. H. *The Social Psychology of Groups*. New York: Wiley and Sons, 1959.

Tolsdorf, C.C. Social Networks, support, and coping. *Family Process*, 1976, 15, 407-418.

Van Praag, H.M. *Depression and Schizophrenia*. New York: Spectrum Publications, 1977.

Venables, P.H., Wing, J.K. Level of arousal and the sub-classification of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 1962, 7, 114.

Venables, P.H. Input dysfunction in schizophrenia. In B.A. Maher (ed.), *Contributions to the Psychopathology of Schizophrenia*. New York: Academic Press, 1977, 1-48.

Vigotsky, L.S. Thought in Schizophrenia. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 1934, 31, 1067-1077.

Vigotsky, L.S. *Thought and Language*. Cambridge, Mass.: The M.I.T. Press, 1962.

Von Domarus, E. The specific laws of logic in schizophrenia. In J.S.Kasanin(ed.), *Language and Thought in Schizophrenia*. New York: W.W.Norton & Company, 1964, 104-114 (originalmente publicado em 1944).

Weckowicz, T.E. Size constancy in schizophrenic patients. *Journal of Mental Science*, 1957, 103, 475-486.

Weckowicz, T.E., Blewett, D.B. Size constancy and abstract thinking in schizophrenic patients. *Journal of Mental Science*, 1959, 105, 909-934.

BIBLIOGRAFIA

Williams, E.B. Deductive reasoning in schizophrenia. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1964, 69, 47-61.

Wing, J.K., Brown, G.W. Institutionalism and schizophrenia: a comparative study of three Mental Hospitals, 1960-1968. Cambridge University Press, 1968.

Wing, J. K., Cooper, J.E., Sartorius, N. Measurements and Classification of Psychiatric Symptoms. London: Cambridge Univ. Press, 1974.

Wing, J. K. (ed.) Schizophrenia: Toward a new Synthesis. London: Academic Press, 1978.

Wing, J.K., Sturt, E. The PSE-ID-CATEGO System. Supplementary Manual. London: Medical Research Council, 1978.

Wing, J.K. Use and misuse of the PSE. *Br. J. of Psychiatry* (in Press), 1984, citado por Berner, P. e col. 1983.

Wyatt, L.D. The significance of emotional content in the logical reasoning ability of Schizophrenics. Unpublished Doctoral Dissertation, Purdue University, 1965 (cit. in Chapman e col, 1973).

Wykes, T., Leff, J. Disordered speech: differences between manics and schizophrenics. *Brain and Language*, 1982, 15, 117-24.

Wynne, L.C., Singer, M.T. Thought disorder and family relations of schizophrenics: I. A research strategy. *Archives of General Psychiatry*, 1963, 9, 191-198.

Yates, A.J. Data-processing levels and thought disorder in schizophrenia. *Aust. J. Psychol.*, 1966, 18, 103-117.

Zahn, T.P., Rosenthal, D., Shakow, D. Effects of irregular preparatory intervals on reaction time in schizophrenia. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1963, 67, 44-52.

Zahn, T.P. On the bimodality of the distribution of electrodermal orienting responses in schizophrenic patients. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1976, 162, 195-199.

Zaslow, R.W. A new approach to the problem of conceptual thinking in schizophrenia. *Journal of Consulting Psychology*, 1950, 14, 335-339.