

**Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul
Faculdade de Medicina
Programa De Pós-Graduação Em Medicina: Ciências Médicas**

**SINTOMAS DE HUMOR EM ESQUIZOFRENIA:
ASSOCIAÇÃO COM HISTÓRIA FAMILIAR E
PERSONALIDADE PRÉ-MÓRBIDA**

Autora: Cristiane Damacarena Nunes Martins

Orientador: Prof. Dr. Paulo Silva Belmonte de Abreu

Dissertação de Mestrado

Porto Alegre

2004

M386s Martins, Cristiane Damacarena Nunes

Sintomas de humor em esquizofrenia : associação com história familiar e personalidade pré-mórbida / Cristiane Damacarena Nunes Martins ; orient. Paulo Silva Belmonte de Abreu. – 2004.
164 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação Medicina: Ciências Médicas. Porto Alegre, BR-RS, 2004.

1. Esquizofrenia 2. Sintomas de Humor 3. Herdabilidade 4. Personalidade pré-mórbida 5. Psicopatologia I. Abreu, Paulo Silva Belmonte de II. Título.

NLM: WM 203

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA

Esta Dissertação de Mestrado faz parte de um Projeto de Cooperação Internacional CAPES-GRICES entre Portugal (Instituto de Biologia Celular e Molecular do Porto, Faculdade de Medicina de Coimbra e Universidade do Minho) e Brasil (Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Faculdade de Medicina da UFRGS).

O Protocolo - Bases Moleculares da Esquizofrenia em População Portuguesa e Brasileira - foi aprovado sob o número 104804, pelas Comissões Científicas e de Pesquisa e Ética em Saúde, reconhecida pelo CONEP como Comitê de Ética em pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com financiamento CAPES (176/01) e FAPERGS.

“Conhecer é negociar, trabalhar, discutir, debater-se com o desconhecido que se reconstitui incessantemente porque toda a solução para um problema produz uma nova questão...”

Edgar Morin

Para o meu companheiro, neste e em outros projetos, Roberto.

Para os meus pais, Catarina e Odone, e meus irmãos, Lupe, Rober e Junior, por me mostrarem, através de suas vidas, do que o amor é capaz.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Paulo Silva Belmonte de Abreu, meu querido orientador e professor, pela generosidade exemplar e entusiasmo sempre renovado com que compartilha o seu trabalho, conhecimento e prestígio.

À querida colega Dra. Ana Lúcia Duarte Baron pelo estímulo, auxílio com alegria e solidariedade nos momentos mais difíceis .

À querida colega Dra. Maria Inês Lobato, exemplo de médica, pesquisadora amiga e ser humano .

À Dra. Clarissa Gama pelas palavras de estímulo e as sugestões de como fazer sempre melhor.

À toda a equipe do Ambulatório de Esquizofrenia, pelo apoio, em especial a Dra. Daniela Laitano, que se disponibilizou em me auxiliar em tudo que lhe solicitei.

Aos funcionários do SAMIS, CPPG das Ciências Médicas, CELG, zona oito, zona sete e CAPS do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, cujo apoio e carinhosa presteza no atendimento das minhas demandas foram fundamentais para a conclusão deste trabalho.

À colega Dra. Vânia de Menezes, presto minha carinhosa homenagem, certa de que ela estaria vibrando comigo na conclusão deste trabalho.

Aos pacientes, portadores de esquizofrenia, que mesmo em meio ao seu sofrimento, generosamente, submeteram-se a serem avaliados e exaustivamente examinados, estimulando meu trabalho.

Agradecimento e reconhecimento, em especial, ao povo brasileiro que através de seu trabalho, mantém, anonimamente, vivo o sonho de um ensino superior público e de qualidade.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 DIAGNÓSTICO DA ESQUIZOFRENIA: BREVE HISTÓRICO	11
2.2 PSICOSES: MODELOS CATEGÓRICOS vs DIMENSIONAIS	17
2.3 CONTINUUM ENTRE AS PSICOSES BIPOLARES E ESQUIZOFRENIA	21
2.4 ESQUIZOFRENIA: OPERACIONALIZANDO CRITÉRIOS	26
3 JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS DO ESTUDO	29
3.1 JUSTIFICATIVA	29
3.2 OBJETIVOS	30
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
5 ARTIGO CIENTÍFICO EM INGLÊS	40
6 ARTIGO CIENTÍFICO EM PORTUGUÊS	80
7 ANEXOS	104
1 - CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA ESQUIZOFRENIA DSMIV	105
2 - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO	107
3 – DIGS- DIAGNOSTIC INTERVIEW FOR GENETIC STUDIES	110
4 – OPCRIT- OPERATIONAL CRITERIA CHECKLIST FOR PSYCHOTIC ILLNESS - GLOSSÁRIO	156
5 – OPCRIT – INFORMAÇÃO DO OPCRIT VERSÃO 3.4	163

1 INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma doença mental grave que acomete cerca de 1% da população em todo o mundo, diagnosticada com frequência semelhante entre homens e mulheres e em diferentes etnias e culturas. Altamente incapacitante, altera o funcionamento do indivíduo acometido, restringindo e, algumas vezes até, interrompendo, as relações deste com amigos ou familiares.

Apesar de todos os avanços da medicina, a esquizofrenia segue sendo uma doença de conseqüências catastróficas sobre os indivíduos por ela acometidos e um fardo para a família e a sociedade (ABREU et al., 1991). Ao contrário de outras patologias também graves, como câncer e SIDA, em que o indivíduo afetado é hábil ainda para ser a mesma pessoa com a sua doença, na esquizofrenia há uma mudança na pessoa que ele era. Devido a isto, os familiares esperam, não apenas uma melhora em sintomas ou qualidade de vida, mas também, a restauração da pessoa que eles conheceram.

A multideterminação desta doença, a partir de fatores genéticos, gestacionais e ambientais foi, progressivamente, sendo evidenciada. Porém, ainda existem resultados conflitantes em relação ao peso relativo destes fatores e suas implicações na etiologia e/ou apresentação da doença.

Logo após a Primeira Guerra, quando Bleuler e Kraepelin ainda eram vivos, a maioria dos psiquiatras acreditava na esquizofrenia como doença herdada. A dúvida predominante na época era quanto à herança dominante ou recessiva da doença. Rüdín, na Alemanha, porém, já reconhecia a distância que havia entre a observação clínica e os resultados teóricos que seriam esperados com a aplicação das leis de Mendel e tentava explicar esta distância (Leonhard, 1986). Na Alemanha, durante a guerra, os horrores do pensamento eugênico levaram ao extermínio e esterilização de vários portadores de doença mental.

Talvez como uma reação a estes crimes, a hereditariedade foi por um tempo negada, sendo substituída por teorias sociais e psicodinâmicas. As teorias da mãe esquizofrenizante e da falta de comunicação surgem nesta época. (Leonhard, 1986)

Os achados de Basset, 1988, em estudos de ligação, associando a esquizofrenia ao cromossoma 5, mesmo não sendo posteriormente replicados, foram recebidos com muito entusiasmo, não apenas por apresentar esperanças para identificação de um fator que conduziria a novos tratamentos, mas também por confirmar de alguma forma a teoria da esquizofrenia como uma doença biológica. A longa história do estigma associado à esquizofrenia reforçou o desejo da época, de enquadrar a esquizofrenia como uma condição genética ou médica. (Gottesman, 1997; Macedo, 2001).

Apesar deste e de novos achados de biologia molecular, ainda hoje pairam várias dúvidas sobre o modelo genético da esquizofrenia. Embora um gene raro possa ser responsável por alguns casos em torno do mundo, acredita-se que a maioria dos casos resulte da interação de múltiplos genes. Além das dúvidas sobre o genótipo, existe amplo desconhecimento sobre fenótipo(s) nesta doença. Há, portanto, a necessidade premente de um melhor apuramento na identificação fenotípica, para encontrar modelos diagnósticos que auxiliem na pesquisa etiológica, apurando a classificação fenotípica e delineando características clínicas que possam diferenciar grupos geneticamente distintos.

As falhas no conhecimento fenotípico e genotípico podem ser evidenciadas desde o início da formulação deste grupo diagnóstico, como discutiremos nas próximas páginas.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. DIAGNÓSTICO DA ESQUIZOFRENIA - BREVE HISTÓRICO

Apesar do nome Esquizofrenia aparecer somente mais tarde, encontramos descrições de comportamento humano que nos faz pensar na doença existindo desde o início da humanidade. Já em XIV AC os hindus, nos Vedas, descreviam uma condição trazida pelos demônios na qual os acometidos andavam nus, sujos, confusos e perdiam o auto- controle. Esta caracterização era diferenciada da confusão tóxica e do transtorno maníaco depressivo. Em III AC há descrições, escritas em cuneiforme, originárias da Mesopotâmia sugestivas de quadros de esquizofrenia paranóide. (). Em 100 dC, Areteo da Capadócia diferencia duas condições mórbidas, estupidez e mania. No século XVII, Thomas Willis , na Inglaterra descreve em sua obra *De Anima Brutorum* , quadros de estupidez em jovens que até a adolescência eram brilhantes. Apesar destes relatos em diferentes culturas, até o século XIX não existia um sistema de classificação que encontrasse aceitação geral. No século XIX, Pinel, na França, descreve um tipo de idiotismo adquirido, *demencé*, caracterizada pela deterioração das habilidades mentais em pacientes cronicamente hospitalizados e doentes. Kahlbaum e Hecker, na Alemanha, estudando a hebefrenia e catatonia, desenvolveram uma nosologia para as *psicoses degenerativas*. Morel em 1860 fala de uma “demência precoce”, dentro de sua teoria da degeneração. (Elkis, 1990; Adityanje, 1999; Angst, 2002; Boteva, 2003)

Kraepelin, na quinta edição de seu livro, em 1896, dedicou um capítulo a *dementia praecox*, baseado em observações e documentos clínicos. Para Kraepelin, os dois achados principais da *dementia praecox* seriam (1) a diminuição da volição e (2) a dissociação de três níveis de funcionamento individual: intelectual, emocional e volitivo. Progressivamente foi refinando suas descrições, e em 1899, distinguiu as psicoses

orgânicas das funcionais, sendo que nesta última categoria separou a *insanidade maníaco depressiva* da *dementia praecox*. Esta separação foi baseada no curso e prognóstico: o curso episódico com recuperação era considerado característico da *insanidade maníaco depressiva*, e aquele com persistência e progressão da doença era descrito dentro da *dementia praecox*. Este autor já reconhecia naquela época, nossa ignorância relacionada a causa dos distúrbios psicóticos e dentro deles, da esquizofrenia.

Éugene Bleuler, em 1911, rejeitou o enfoque de entidade de doença unitária e o substituiu por um conceito de síndrome ou entidade múltipla. Cunhou o termo **Esquizofrenia** para um quadro caracterizado por quatro tipos de sintomas primários, permanentes e específicos da doença, chamados “quatro As”: perda das Associações, alteração do Afeto, Autismo (inclinação para divorciar-se da realidade) e Ambivalência (entre a realidade e a fantasia). Descreveu também sintomas secundários, casuais e inespecíficos, que para ele representariam uma reação do psiquismo ao processo primário, dependentes das capacidades adaptativas do indivíduo: alucinações, ilusões, delírios, catatonia, estados melancólicos ou maníacos, crepusculares e de entorpecimento. Este conceito de processo primário e secundário de doença para alguns autores demonstraria a influência da psicanálise na obra de Bleuler (Elkis, 1990), apesar de poder também demonstrar os conceitos de Jackson sobre o Sistema Nervoso.

Manfred Bleuler, de certa forma contrariando a linha de pesquisa de seu pai, defendia que a característica básica dos pacientes seria sua inabilidade em diferenciar a realidade interna da externa, e introduziu os conceitos de vulnerabilidade genética nesta patologia.(Cancro, 2000 ; Modestin, 2003)

Além das evoluções do conceito de esquizofrenia, as classificações também foram mudando ao longo dos dois últimos séculos. Antes da publicação da Terceira Edição do

Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM III), os psiquiatras norte-americanos usavam a descrição e os conceitos unitários de Bleuler, e os europeus os descritivos e categóricos de Kraepelin, o que dificultava a troca científica entre os diferentes grupos clínicos e de pesquisa (Cancro, 2000).

Adicionalmente, outros autores influentes também apresentavam conceitos e descrições diferentes para a Esquizofrenia. Adolph Meyer (Elkis, 1990; Cancro, 2000) considerava a natureza reativa da doença e concebia uma predisposição biológica interagindo com o estresse ambiental e gerando os sintomas da esquizofrenia. Sullivan (Elkis, 1990; Cancro, 2000) acentuava que o isolamento característico de alguns pacientes era simultaneamente causa e manifestação clínica da doença.

Além de conflitos conceituais e de classificação, outros autores elaboraram propostas de descrições fenotípicas e dimensionais dos transtornos mentais. Dentro deles salientou-se Kretschmer, que acreditava que os tipos físicos astênico e atlético estavam mais associados à esquizofrenia e o tipo pícnico à psicose maníaco depressiva. Kretschmer introduziu também o conceito de classificação multidimensional, postulando uma tipologia de agrupamentos de traços de caráter (esquizotímico, ciclotímico e viscóide) subjacentes à predisposição à esquizofrenia, psicose afetiva e epilepsia. Acreditava também que as psicoses não constituíam entidades circunscritas, mas episódios enraizados na constituição biológica do indivíduo, com diferentes transições desde quadros subclínicos até psicoses floridas. Para ele cada indivíduo poderia carregar em seu “genoma” mais de um dos complexos biológicos, e sua doença resultaria de um efeito aditivo entre estes complexos (Jablensky, 1999).

Progressivamente, ao longo do século XX, outros autores foram ressaltando características adicionais da doença. Jaspers destacou a importância do conteúdo dos

delírios e descreveu de forma minuciosa a fenomenologia da experiência esquizofrênica. Adicionalmente, Langfeldt ressaltou a característica insidiosa, a desrealização, o autismo e o achatamento de humor da Esquizofrenia.(Cancro, 2000)

Schneider (1946), criticou a abordagem teórica de Bleurer, e introduziu o conceito de sintomas nucleares ou de primeira ordem (first rank). Seu conceito hierarquizou sintomas e revalorizou as obras de Kraepelin e Jaspers. Para ele haveria um grupo de sintomas de primeira ordem, que diferenciaria a esquizofrenia da doença não psicótica e da ciclotimia. Pertencem a este grupo os seguintes sintomas: ouvir vozes na terceira pessoa, ouvir os próprios pensamentos em voz alta, ouvir comentários sobre o comportamento do paciente, sentir alucinações somáticas, sentir controle do pensamento por terceiros, perceber difusão do pensamento, sofrer delírios de controle ou influência na conduta do indivíduo.

Os conceitos de sintomas de primeira ordem de Schneider foram adquirindo progressiva importância nas edições subsequentes do DSM (III^a e IV^a) e na Décima Edição da Classificação Internacional de doenças (CID 10), sendo que a DSM incorporou também o critério de deterioração (prognóstico) de Kraepelin e a CID 10 não.

A primeira edição do DSM foi em 1952, publicada pela Mental Hospital Service da American Psychiatric Association. O DSM I derivou da Standard Classified Nomenclature of Diseases (a CID-6) que pela primeira vez apresentou uma sessão referente às Doenças Mentais desenvolvida pela Conferência Nacional de 1933. Nesta primeira edição havia a categoria de Reações Esquizofrênicas, classificada dentro do título “Distúrbios de origem psicogênica ou sem causa física claramente definida ou mudança estrutural do cérebro”, descrita como sinônimo do termo usado demência precoce. Representava “um grupo de reações psicóticas caracterizadas por distúrbios fundamentais nas relações com a

realidade e formação de conceitos, com distúrbios afetivos, intelectuais e de comportamento em vários graus”. Os pacientes desta categoria eram descritos com fortes tendências para negação da realidade e para deterioração, mostrando distúrbio no fluxo do pensamento e comportamento regressivo.

A Segunda Edição do DSM, de 1968, já buscou maior uniformidade diagnóstica internacional, montada com base na 8ª Edição do CID. Representou também uma primeira tentativa de remoção da nomenclatura de implicações sobre a natureza ou causa da doença. Houve também nesta edição uma tentativa de distinguir a esquizofrenia de transtornos de humor. Definia a esquizofrenia como um grupo de transtornos manifestados por distúrbio no pensamento, humor e comportamento. O pensamento teria uma alteração na formação de conceitos que levariam a uma má interpretação da realidade e às vezes delírios e alucinações, as quais pareciam ser, freqüentemente, auto protetivas psicologicamente. O humor seria caracterizado pela ambivalência, constrição, resposta inadequada e perda de empatia com os outros. O comportamento seria descrito como reservado, regressivo e bizarro. O distúrbio fundamental desta doença na 8ª Edição do CID seria o do pensamento, e o da Depressão e/ou Mania o distúrbio de humor. Desta forma, a diferença entre Esquizofrenia e Depressão Psicótica repousaria na alteração primária encontrada: se de humor ou de pensamento. Adicionalmente a Esquizofrenia se diferenciaria da paranóia, pois esta teria uma limitação ou estreiteza na distorção da realidade e uma ausência de outros sintomas psicóticos.

Em 1978 os neo Kraepelinianos da escola de Saint Louis introduziram o Research Diagnostic Criteria (RDC), derivado dos critérios de Feighner (Elkis, 1980; Cancro, 2000; DSMIV-TR, 2002) e que serviu de base para a terceira Edição (DSM-III), que vem com a novidade da presença de critérios padronizados. (Fenton, 1981)

Publicado em 1980, o DSM III marcou um avanço na comunicação entre pesquisadores e clínicos. A partir dele foram criadas diferentes entrevistas estruturadas para a identificação de sintomas. Estas entrevistas passaram a assegurar ao entrevistador o acesso sistemático a todos os critérios relevantes para o diagnóstico de qualquer distúrbio mental. Tais critérios possibilitaram o diagnóstico explícito de doenças, através da identificação de sinais e sintomas claramente observáveis, ao invés de utilizar definições descritivas passíveis de variada interpretação.

A partir desta terceira Edição é possível observar um padrão geral nas edições seguintes (DSM III- R e DSM IV), de critérios de A a E. Em esquizofrenia, o padrão passa a ser de: **Critério A:** presença de um número mínimo (um ou dois) sintomas de uma lista de seis sintomas psicóticos, dos quais três são de delírios, dois de alucinações auditivas e um de distúrbio do pensamento. Estes 6 sintomas podem ser associados a distúrbio afetivo. **Critério B:** presença de declínio no funcionamento social e auto cuidados); **Critério C:** duração de sintomas (incluindo prodrômicos e residuais) por seis meses; **Critério D:** Exclusão de indivíduos em que um episódio maníaco ou depressivo antecede o episódio psicótico; de sujeitos em que os sintomas de humor não são breves em relação a duração do episódio psicótico e de portadores de síndromes devidas à distúrbios mentais orgânicos ou retardo mental e finalmente, o **Critério E:** restrição de idade de início (antes dos 45 anos). Outro dado importante desta terceira edição é que os transtornos esquizoafetivos, anteriormente incluídos dentro da categoria distúrbios esquizofrênicos passaram para outra categoria, transtorno psicótico não especificado.

A Terceira edição Revisada (DSM III-R) traz algumas mudanças sutis: (a) usa o nome “Esquizofrenia” e não mais “Distúrbio esquizofreniforme”; (b) simplifica os critérios A, dividindo os delírios em bizarros e não bizarros, acrescentando alucinações não auditivas

como sintoma psicótico e exigindo no mínimo, uma semana da presença dos sintomas. Adicionalmente, o critério B inclui a necessidade de comparação com o mais alto nível de funcionamento para definição de deterioração. Esta edição revisada segue também requerendo a exclusão de sintomas de humor para o diagnóstico de Esquizofrenia.

A seguir, na Quarta Edição (DSM IV), o conceito de sintomas negativos é adicionado ao critério A, ainda como critério secundário, devendo ser relacionado com os critérios centrais da doença (entretanto o diagnóstico é dependente da presença de pelo menos um dos outros quatro Critérios A, todos sintomas positivos). **Ver anexo 1**

Apesar da semelhança entre a Terceira Edição Revisada e a Quarta, o estudo comparativo de oito sistemas diagnósticos encontra o maior índice de concordância entre a Quarta edição do DSM e a Décima da CID (Jansson, de 2002). Mesmo assim, o problema segue sem ser resolvido, sendo mantido o debate quanto à descrição das psicoses como categorias diagnósticas ou como dimensões de um mesmo diagnóstico.

2.2 PSICOSES: MODELOS CATEGÓRICOS vs DIMENSIONAIS

Há um consenso atualmente de que as definições correntes de esquizofrenia incluem tanto diferentes distúrbios quanto refletem dimensões de diferentes psicopatologias, cada uma com sua própria alteração fisiológica. Os sintomas, curso e resposta à medicação variam amplamente entre os pacientes, sendo esta heterogeneidade uma das maiores dificuldades para a identificação de genes de susceptibilidade e marcadores biológicos da esquizofrenia.

Em uma abordagem categórica os sujeitos são separados como tendo ou não um distúrbio , já, em uma abordagem dimensional, há ao menos três ou mais valores ou um continuum.

Os critérios categóricos podem mascarar importantes dados sobre sintomas, que são ignorados ou passam a requerer uma descrição com o uso do conceito de comorbidades. De qualquer forma, o diagnóstico dimensional pode complementar o diagnóstico categórico, explicando variações significativas dentro de uma mesma categoria diagnóstica. (Bralet, 2002; Rosenman, 2002; Serreti, 1999; Ventura, 2000)

Várias estratégias têm sido sugeridas para identificar subtipos de esquizofrenia, como: esquizofrenia tipo déficit, tipo Kraepeliniana, congênita (Roy, 2001; Bralet, 2002). Para cada uma delas, os pesquisadores associaram particularidades, como mês de nascimento, prognóstico pobre, familiaridade, com utilidade restrita à contexto de pesquisa.

A partir das discussões da década de setenta a respeito da inconsistência dos subtipos da esquizofrenia para o seu tratamento clínico e sua heterogeneidade, foi introduzido o conceito de sintomas positivos e negativos da esquizofrenia. (Lenzenweger, 1999)

Crow, 1980 e Andreasen, 1982 popularizaram os conceitos dimensionais de sintomas positivos e negativos dentro da mesma categoria de Esquizofrenia. Os termos positivo (um excesso ou alteração nas propriedades vitais) e negativo (negação das propriedades vitais), foram cunhado por Reynolds em 1857 (Berrios, 1985), sendo subseqüentemente ampliados para um número maior de categorias.

Crow (1980) postulou que os sintomas positivos e negativos representavam uma dimensão diferente de patologia, com os sintomas positivos relacionados mais a alterações dopaminérgicas (esquizofrenia tipo I) e os negativos a alterações patológicas neurológicas cerebrais (esquizofrenia tipo II).

Andreasen (1982), inicialmente, defendeu tipos positivos e negativos de esquizofrenia, mas em 1995, devido a resultados de análises fatoriais nas quais encontrou uma terceira

categoria, de desorganização, alterou para a inclusão destes tipos dentro de um conceito mais amplo de dimensões do funcionamento do indivíduo.

Murray, nesta mesma época propõe a separação entre a forma esporádica (ou não genética) da esquizofrenia e a forma não-esporádica (ou seja, com presença de história familiar positiva para a doença em questão).

Ainda dentro da busca de maior precisão diagnóstica, Liddle (1987), baseado em uma análise fatorial exploratória, propôs que a sintomatologia positiva poderia ser reduzida a três dimensões, ou seja, uma distorção da realidade (alucinações e delírios), desorganização (tangencialidade, descarrilhamento do fluxo do pensamento) e psicomotora. Estas três dimensões seriam as mais importantes na fenomenologia da esquizofrenia.

Vários outros autores passaram a trabalhar com o conceito multidimensional a partir desta época. Dentro destes, Lindenmayer (1994), encontrou cinco dimensões válidas para psicoses, sendo três psicóticas: positiva, negativa e excitação, uma cognitiva e uma de humor disfórica.

Cardno também desenvolveu vários estudos na área de dimensões de psicose. Em 1997, encontrou aumento do risco familiar de psicoses associado com probandos de altos escores nas dimensões negativa, desorganizada, maníaca e depressiva. Em 1999, analisando uma amostra de 109 pares de irmãos com esquizofrenia ou distúrbio esquizoafetivo, encontrou quatro dimensões: sintomas negativos, positivos, desorganizados e de primeira ordem (schneiderianos), encontrando uma correlação modesta entre pares na dimensão **desorganização**. Em 2001, em análise fatorial dos sintomas psicóticos e afetivos do OPCRIT encontrou três dimensões em esquizofrênicos: maníaca, psicótica em geral e depressiva. Posteriormente, na análise de 224 pares de gêmeos com diagnóstico de psicose, encontrou cinco categorias, quais sejam: negativa, maníaca, depressiva, desorganizada e

psicótica generalizada. Para todas as psicoses, havia uma alta carga familiar associada significativamente com as dimensões *maníaca* e *desorganizada* e associação consistente com um efeito genético na dimensão desorganizada. Nas outras dimensões a relação, embora presente, não era em índices significativos. Concluiu, sugerindo que as dimensões podem tanto influenciar a forma de apresentação da esquizofrenia, como representar diferentes etiologias da esquizofrenia.

Van Os (1999), em análise fatorial de uma amostra de 706 pacientes com psicose crônica, utilizou o sistema OPCRIT para diagnóstico em toda a vida de doença e encontrou cinco dimensões: positiva, negativa, desorganizada, depressiva e maníaca.

Ventura (2000), em uma amostra de 141 pacientes psicóticos esquizofrênicos, esquizoafetivos, esquizofreniformes e maníacos com menos de dois anos de início da doença, usando os 24 itens da escala BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale), encontrou quatro agrupamentos de sintomas quais sejam: maníacos, sintomas negativos, sintomas positivos e depressão ansiosa.

Mass (2000) em sua análise fatorial utilizando a escala PANSS em 253 pacientes com esquizofrenia, encontrou cinco dimensões: de excitação hostil, negativa, cognitiva, positiva e depressiva.

Wickham (2001), acrescentando sintomas de humor em uma análise fatorial dos sintomas do OPCRIT, encontrou duas dimensões adicionais: maníaca e depressiva, além das três já estabelecidas: agitação psicomotora, distorção da realidade e desorganização. Pesquisou o grau de herdabilidade destas dimensões e encontrou que as dimensões agitação psicomotora, desorganização e distorção da realidade tinham forte influência familiar. Já as dimensões *agitação psicomotora*, *desorganização* e *distorção da realidade* estavam relacionadas a quatro variáveis: funcionamento pré-mórbido pobre, desemprego

pré-mórbido, curso crônico e estado civil solteiro. O fator *desorganização* se mostrou significativamente associada às variáveis *estado civil solteiro* e *desemprego*.

Rosenman (2003) encontrou, numa amostra de 980 sujeitos psicóticos, cinco dimensões: disforia, sintomas psicóticos positivos, sintomas negativos/desorganizados, mania e abuso de substâncias. Comparou o valor prognóstico preditivo de medidas categóricas (diagnóstico pelo DSM III-R) com dimensionais. Encontrou uma vantagem das medidas dimensionais sobre as categóricas na explicação da variação do comportamento, na deterioração e no pior prognóstico.

AUTOR	N	DIMENSÕES							
		Positiva	Negativa	Desorganizada	Maniaca	Depressiva	Psicomotora	Disfórica	Outras
Liddle, 1987	40	X		X			X		
Lindenmayer, 1994	240	X	X				X	X	Cognitiva
Cardno, 1997	97		X	X	X	X			
Cardno, 1999	109	X	X	X					
Cardno, 1999	109	X	X	X					Primeiro rank
Van Os, 1999	706	X	X	X	X	X			
Ventura, 2000	141	X	X		X			X	
Mass, 2000	253	X	X			X	X		Cognitiva
Cardno, 2001	224	X	X	X	X	X			
Wickhan, 2001	155	X		X	X	X	X		
Rosenman, 2003	980	X	X	X	X			X	Abuso de substância

TABELA 1 : Síntese dos estudos fatoriais em psicoses com as dimensões encontradas

2.3 CONTINUUM ENTRE AS PSICOSES BIPOLARES E ESQUIZOFRENIA

Há uma correspondência clara, mas não completa, entre as entidades clínicas *dementia praecox* e *psicose maníaca depressiva* descritas por Kraepelin e o que hoje se chama **esquizofrenia** e **transtorno bipolar**. Há uma série de similaridades em sua predisposição genética, fatores de risco, patologia cerebral, sintomatologia clínica,

neurofisiologia e resposta ao tratamento. Elas não são claramente definidas em seus limites e há uma ampla categoria intermediária entre elas, o transtorno esquizoafetivo.

Novas evidências originadas da pesquisa genética, da biologia molecular, e de estudos de neuroimagem estrutural e funcional sugerem que a esquizofrenia e o distúrbio bipolar compartilham similaridades biológicas com traços que se distribuem em familiares de pacientes psicóticos. **Ver tabela 2**

Adicionalmente, a questão da persistência da incidência das psicoses, a despeito de sua desvantagem reprodutiva (bem documentada no caso de esquizofrenia), suscita a questão de quanto um gene pode conferir uma vantagem em familiares de portadores de doença psicótica. Karlsson, 1978, descreveu a freqüência com que a história de doença mental aparece nas famílias de pessoas com destaque social e profissional, na literatura, matemática e filosofia. Outros (Post, 1994) têm documentado a prevalência de distúrbios de humor em escritores e poetas. Estes achados, em conjunto com a evidência epidemiológica de um excesso de esquizofrenia entre descendentes de pacientes com transtorno de humor levou Karlsson a sugerir que o gene (ou grupo de genes) de psicose tem conseqüências tanto benéficas quanto adversas, e que o balanço entre vantagem/desvantagem aparece apenas quando as psicoses são consideradas em conjunto.

Crow, 1986, postulou um conceito alternativo de que a psicose é um continuum que se estende de unipolar, através da doença bipolar e psicose esquizoafetiva até esquizofrenia, com um aumento do grau de defeito genético dentro desta seqüência. De acordo com o conceito de Crow, os genes que predispõe a psicose têm um grau de estabilidade que garante que a forma da psicose tende a permanecer a mesma entre a família. Há também a possibilidade de mudança de padrão de psicose, implicando que o próprio mecanismo genético é variável.

Mc Guffin, em 1987, descreve a noção de um processo patogênico único com manifestações clínicas variadas nas psicoses, que levaria a erro diagnóstico e a perplexidade. Exemplifica, com a diversidade de manifestações clínicas da sífilis terciária e do lúpus eritematoso sistêmico. Em psiquiatria, comparativamente, as sub-síndromes são baseadas em sutis diferenças.

Post, 1999, usa o exemplo da administração crônica de cocaína como um modelo do continuum entre esquizofrenia e transtorno bipolar de humor. Dentro deste modelo, o mesmo indivíduo vai da euforia (pólo maníaco) inicial, para a disforia, no uso crônico e, conforme sua vulnerabilidade, para a psicose.

Andreasen, 1999, propôs um modelo por ela chamado de neo-Bleureriano, unitário, definindo a esquizofrenia como uma síndrome neurodesenvolvimental envolvendo conexões entre as regiões corticais e cerebelo, através do tálamo. Neo-Bleureriano na medida em que coloca como achado central a diversidade fenomenológica: um distúrbio cognitivo fundamental que originaria as demais alterações. Define dentro deste modelo o fenótipo “esquizofrenia” como uma alteração cognitiva básica. Esta alteração causaria uma conexão disfuncional em diferentes aspectos da atividade mental, levando a um transtorno do pensamento, como descreveu Bleuler.

Crow, em 2002, propõe adicionalmente associação entre o fenômeno da psicose e a capacidade humana da linguagem. Neste modelo, ambos compartilham uma mesma origem justamente nas mudanças cerebrais que definiram as espécies de primatas e que estas mudanças foram criticamente relacionadas à diferenciação dos dois hemisférios cerebrais que, por sua vez, possibilitaram a formação da linguagem humana. Em algum ponto na evolução, houve uma discreta alteração genética na lateralização dos hominídeos que permitiu o aparecimento abrupto da linguagem humana. Dentro deste modelo, os delírios

podem significar um desvio na capacidade para atribuir significados às representações fonológicas para a construção de blocos de palavras.

De forma diferente, Boteva e Liberman (2003) propõem um modelo de classificação dos transtornos psicóticos baseado na ordenação simultânea dos indivíduos em dois níveis de complexidade: biológica e fenomenológica. Da mesma forma como na tabela periódica, os indivíduos seriam agrupados em um eixo de acordo com um princípio de organização, e ao mesmo tempo, ao longo de um segundo eixo de acordo com um segundo princípio. Acreditam que uma classificação biaxial poderá proporcionar uma base nova para as pesquisas biológicas e clínicas potencialmente diferentes das derivadas do modelo “uniaxial” de classificação existente. Estes autores não acreditam que um modelo dimensional seja superior ao categórico tanto quanto à utilidade clínica, quanto à aplicabilidade em estudos biológicos.

Kapur, 2003, propõe um modelo para a compreensão das psicoses, baseado em achados de patofisiologia da esquizofrenia, que ele cunhou de “saliência aberrante” (*aberrant salience*), na qual um estado hiperdopaminérgico desregularia a mediação que a dopamina faz, ao destacar de forma aberrante os fenômenos externos em detrimento aos internos dentro da mente. Este destaque levaria a uma saliência e destaque anormais dos elementos da experiência individual ou mental. Dentro deste modelo, os delírios seriam expressão de um esforço cognitivo do paciente em integrar as experiências produzidas pela saliência aberrante, enquanto as alucinações seriam a representação direta da experiência da saliência aberrante na mente.

ACHADOS	SEMELHANÇAS	DIFERENÇAS	
		TRANSTORNO BIPOLAR	ESQUIZOFRENIA
Achados “Biológicos”	<ol style="list-style-type: none"> 1.Alterações na resposta eletrodérmica (Schnur, 1999) 2.Alterações similares nos movimentos oculares entre pacientes esquizofrênicos e bipolares e seus familiares (Kathmann,2003) 3.Alterações na resposta eletrodérmica(Schnur, 1999) 4.Dermatoglifos anormais 5.Alterações nos interneuronios corticais frontais(Knable, 1999) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Alterações de potencias evocados no lobo frontal (Salisbury,1999) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Anormalidades físicas menores(Boteva, 1999) 2.Pior prognóstico (Möller,2002) 3.Alterações de potencias evocados no giro temporal superior esquerdo (Salisbury,1999)
Alterações Neurodesenvolvimentais	<ol style="list-style-type: none"> 1.Déficits cognitivos 2.Atraso no desenvolvimento motor 3.Atraso no desenvolvimento da linguagem 4.Baixo grau de instrução 5.Siniais neurológicos como tics, tremores alterações no equilíbrio e coordenação (Van Os, 1997;Crow1995,1998) 6.Familiares não psicóticos de ambos com déficit sutil na tarefa de teoria da mente(Janssen,(2003) 7.Pobres conquistas acadêmicas (Van Os,1997, Jones, 1999) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Menor grau de prejuízo cognitivo (Goldberg, 1999) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Déficits na sociabilidade e personalidade no funcionamento prémórbido 2.Prejuízo em testes usados para medir a forma como uma pessoa observa uma face e a percebe(Loughland, 2002) 3. Pior performance nas funções cognitivas superiores (Goldberg, 1999)
Estudos de neuroimagem	<ol style="list-style-type: none"> 1.Aumento do volume ventricular (Johnstone, Pearson, Botteron, in Boteva, 2003) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Hiperintensidade na substância branca subcortical (Shenton, in Boteva,2003) 2.Diferenças significativas no tipo de ativação de hemisférios cerebrais (David, 1990) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Envolvimento das estruturas do lobo temporal medial e neocortical e anomalias no lobo frontal (Shenton, in Boteva, 2003 2.Aumento do fluxo sanguíneo cerebelar e perda de tecido (Loebber, 1999)
Farmacologia (Post, 1999; Boteva, 2003)	<ol style="list-style-type: none"> 1.Efeito profilático com relações as crises 2.Uso de antipsicóticos em estados agudos 3.Uso de antidepressivos, benzodiazepínicos de alta potência, 4. Resposta terapêutica individual 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Escolha de estabilizadores de humor como agentes de primeira linha 2.Bloqueadores de canal de cálcio melhoram 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Escolha de antipsicóticos como agentes de segunda linha 2.Estabilizadores de humor mostram menor grau de eficácia 3.Bloqueadores de canal de cálcio pioram
Fatores de Risco (Torrey, 1999; Boteva, 1999)	<ol style="list-style-type: none"> 1.Maior prevalência em nascimentos no inverno/ primavera 2.Complicações pré e perinatais (fome, influenza) 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Nascimentos em zona urbana
Genética	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vulnerabilidade compartilhada: aumento de risco de esquizofrenia em pacientes bipolares (mais de um aumenta o risco em quatro vezes)(Wildenauer 1999) 2.Sobreposição de regiões de cromossomas envolvidos em ambas patologias: os cromossoma, 10p14, 13q32, 18p11 , 22q11(Gershon 2000: Boteva 2003) 3.Marcadores comuns em estudos de ligação(Gershon, 2000) 4.Agregação familiar da propensão ao delírio (Schurhoff, 2003) 5.As taxas de prevalência de distúrbios afetivos (psicóticos ou não) em um amplo estudo de adoção eram próximas aos filhos não adotados de mães portadoras de esquizofrenia (6,6%, DP= 2,1), distúrbios do espectro das esquizofrenias (7,4%, DP= 1,9) e controles (7,3%, DP= 1,9%).(Kendler, 2003) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Loci independente 21q21(Boteva, 1999) 2.Alta porcentagem de familiares com o mesmo transtorno (Benaberre,2001) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Loci independente 6p22-24(Boteva, 1999) 2.Sem evidência de coagregação entre esquizofrenia e transtorno bipolar(Somanath, 2002) 3.Diferentes disfunções de análise percepto-sensorial e informação espacial familiares de pacientes esquizofrênicos, estas eram em maior grau e de características diferentes das dos familiares de pacientes com transtorno afetivo (Kéri, 2001)
Prevalência	<ol style="list-style-type: none"> 1.Sazonalidade (maior no verão) nas admissões hospitalares(Torrey, 1999) 2.Não encontrou diferenças demográficas entre eles (Benaberre, 2001) 3.Distribuição entre sexos semelhantes(Torrey,1999;Benaberre,2001) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Alta prevalência em classes sociais mais altas (Torrey,1999) 2.Alta frequência de isolados populacionais para transtornos afetivos entre 4,6: 1000 numa colônia Amish e 0,3:1000de esquizofrênicos. (Torrey,1999) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1,5 a 2 X mais prevalente(Torrey, 1999, Boteva, 2003) 2.Idade de início em homens menor (Benaberre,2001) 3.Prejuízos com relação a ajustamento ocupacional e no trabalho (Benaberre, 2001)

TABELA 2 : Semelhanças e diferenças entre Transtorno Bipolar e esquizofrenia

2.4 ESQUIZOFRENIA – OPERACIONALIZANDO CRITÉRIOS

Os procedimentos diagnósticos em Medicina são, na maioria das vezes, relativamente objetivos, pois alterações obtidas através da história clínica podem ser subseqüentemente documentadas (ou não) pelo exame físico e estudos laboratoriais. Em psiquiatria, porém, há vários fatores não relacionados com a doença que mostram influência sobre o que se considera psicopatologia, como por exemplo: contexto cultural, pontos de vista teóricos, tipo de entrevista, crenças políticas e religiosas do paciente e dos avaliadores, etc. Não há construto independente de entrevista ou marcadores extra-clínicos de doença (Fenton,1981).

Em Psiquiatria, a operacionalização de critérios foi estimulada pela discrepância entre os hábitos diagnósticos entre ingleses e norte-americanos (Jansson,2002). Em 1972, pesquisadores dos dois continentes desenvolveram a escala de St. Louis (Elkis, 1980; Jansson, 2002; Macedo, 2000). Atualmente contamos com pelo menos quinze diferentes sistemas diagnósticos, o que gera diferenças consideráveis na definição de esquizofrenia.

Apesar de diferentes graus de dificuldade para aplicação, o fato de um sistema ser de melhor aplicabilidade que outro não é garantia de maior validade (Macedo, 2001). Assim, a existência de quinze diferentes sistemas, associado à evidência de predisposição genética para as psicoses reforçou a necessidade de esforços para uma melhor caracterização do fenótipo. (Mc Guffin, 1991).

Um avanço importante neste sentido é constituído pelo sistema diagnóstico OPCRIT (OPerational CRITeria). Este sistema compreende uma lista de sintomas construída a partir dos critérios operacionais das principais classificações psiquiátricas, associada a um programa de computador que classifica o sujeito em diferentes sistemas, inicialmente com 74 itens (Mc Guffin 1991), na forma mais recente possui 90 itens (**ver anexo 4**) que

compreendem a psicopatologia, funcionamento pré-mórbido, história pessoal e familiar. Cada item é definido em glossário (**ver anexo 5**).

Os resultados do check-list entram no programa OPCRIT e geram diagnósticos nas categorias de distúrbios afetivos e psicóticos de acordo com 13 classificações diferentes: DSM III, DSMIII-R, critérios St. Louis, critérios flexíveis para esquizofrenia de Carpenter, Sintomas de primeira ordem de Schneider, critérios de Abrams e Taylor, uma versão dos critérios franceses para psicoses não afetivas, CID 9, CID 10, DSMIV e três classificações de esquizofrenia usadas em estudos genéticos: Crow, Tsuang e Winokur & Farmer. (Williams, 1996).

Este sistema facilita a comparação entre pesquisas que utilizam critérios diferentes, bem como uma abordagem polidiagnóstica de distúrbios afetivos e psicóticos para estudos de genética molecular . Usam-se dados longitudinais pela variação dos sintomas ao longo do curso da doença. Este sistema é utilizado também em uma variedade de outras áreas de estudo, como: clínica, epidemiologia e biologia.

O Opcrit foi desenhado para ser utilizado por clínicos treinados e pode ser baseado em entrevistas diagnósticas, registros médicos e outras fontes, desde que suficientemente detalhadas. Seu uso além de permitir a comparação entre diferentes estudos, auxilia a estruturar o processo diagnóstico.

Diagnósticos discrepantes podem ocorrer tanto pela interpretação diferente dos mesmos dados, quanto pela forma diferente de obtenção dos mesmos. Porém, após entrada de dados no programa OPCRIT este sempre gera o mesmo diagnóstico para cada uma das 13 categorias anteriormente listadas. (Craddock et al1996).

A principal limitação deste sistema diagnóstico, apontada pelos pesquisadores, é na diferenciação entre transtorno esquizoafetivo e esquizofrenia, baseada em um único item

(52), que avalia a relação entre a duração dos sintomas de humor e dos sintomas psicóticos (Craddock, 1996; Williams, 1996; Azevedo, 1999).

Com o objetivo de apurar os instrumentos diagnósticos, investigadores em colaboração com o National Institute of Mental Health (NIMH) Genetic Initiative desenvolveram o Diagnostic Interview for Genetic Studies (DIGS, Nurnberger et al. 1994), um esquema de entrevista estruturada especificamente desenvolvida para estudos genéticos em psiquiatria (Nurnberger, 1994). A DIGS fornece todos os dados clínicos do sujeito, incluindo uma história completa da doença. É constituído de 27 secções, sendo as primeiras 19 a entrevista propriamente dita e as demais baseadas na informação e observações obtidas durante a entrevista, após sua conclusão. **Ver anexo 3.**

Várias traduções do original em inglês e estudos de confiabilidade foram realizados (Deshpande, 1998), sendo disponível a versão em português, validada em Portugal (Azevedo, 1996).

3 JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS DO ESTUDO

3.1 JUSTIFICATIVA

Este estudo busca a definição de subgrupos de esquizofrenia com utilidade para futuros estudos moleculares, genéticos e farmacológicos. Esta busca se justifica devido à gravidade, prevalência, impacto na sociedade, custo e necessidade de maior conhecimento clínico das doenças mentais graves, em especial a esquizofrenia.

A esquizofrenia é uma doença mental crônica, altamente incapacitante, que atinge aproximadamente 1% da população. Caracteriza-se por um quadro psicótico grave e deterioração do funcionamento cognitivo. Várias tentativas vêm sendo feitas com o objetivo de esclarecer a sua etiologia e buscar tratamentos mais efetivos. Tais tentativas muitas vezes esbarram nas limitações metodológicas do diagnóstico psiquiátrico. A nosografia atual classifica as psicoses maiores como distúrbios separados, mas suas apresentações sintomáticas ao longo do curso da doença freqüentemente se sobrepõem e os seus diagnósticos podem mudar com muita freqüência ao longo do contato dos seus portadores com a rede de saúde.

Estudos moleculares e genéticos sugerem que os transtornos de humor bipolar e esquizofrenia compartilham suscetibilidades genéticas. Vários autores têm sugerido uma abordagem dimensional das psicoses em substituição a abordagem categórica atualmente utilizada. É com este objetivo que realizamos o presente estudo.

3.2 OBJETIVOS

321 OBJETIVO GERAL:

O objetivo geral deste estudo é verificar se pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e sintomas de humor associados apresentam diferenças clínicas quando comparados com pacientes sem sintomas de humor associados à psicose.

322 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) definir as variáveis demográficas em pacientes esquizofrênicos com sintomas maníacos e sem sintomas maníacos;
- b) comparar esquizofrênicos com e sem sintomas maníacos associados, em relação ao funcionamento pré-mórbido;
- c) comparar os dois grupos com relação a parâmetros selecionados de curso da doença (grau de incapacitação durante o distúrbio, deterioração do nível de funcionamento pré-mórbido e resposta ao neurolépticos);
- d) comparar os dois grupos com relação à história familiar de esquizofrenia e de outras doenças psiquiátricas;

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABREU, PB. Estudo de fatores de risco para esquizofrenia. Tese de Doutorado em Clínica Médica - **Programa de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica - Faculdade de Medicina** - UFRGS, 1995.
2. ADITYANJEE, ADERIBIGBE, THEODORIDIS, VIEWEG V. Dementia Praecox to schizophrenia: The first 100 years. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, 53:437-448, 1999.
3. AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4^a ed, Washington, D.C., 1994.
4. ANDREASEN N, OLSEN S. Negative vs positive schizophrenia: definition and validations. **Arch Gen Psychiatry**, 39: 789-794, 1982.
5. ANDREASEN, N. A Unitary Model of Schizophrenia. **Arch Gen Psychiatry**, 56: 781-787, 1999.
6. ANGST, J. Historical aspects of the dichotomy between manic-depressive disorders and schizophrenia. **Schizophr Res**, 57 (9): 5-13, 2002.
7. BECKER RE. Depression in Schizophrenia. **Hospital and Community Psychiatry**, 39:1269-1275, 1988.
8. BENABERRE A, VIETA E, COLOM F, MARTÍNEZ ARÁN A, REINARES M, GASTÓ C. Bipolar disorder, schizoaffective disorder and schizophrenia: epidemiologic, clinical and prognosis differences. **Eur Psychiatry**, 16:167-72, 2001.
9. BERRETINI WH. Susceptibility loci for bipolar disorder: overlap with inherited vulnerability to schizophrenia. **Biol Psychiatry**, 47: 245-251, 2000.

10. BERRIOS G. Positive and negative symptoms and Jackson: a conceptual history. **Arch Gen Psychiatry**, 42(1):95-97, 1985.
11. BOTEVA, K & LIEBERMAN J. Reconsidering the classification of schizophrenia and Manic Depressive Illness – A critical analysis and new conceptual model. **World Biol Psychiatry** ,4:81-92, 2003.
12. BRALET MC, LOAS G, YON V, MARÉCHAL V. Clinical characteristics and risk factors for Kraepelinian subtype of schizophrenia: replication of previous findings and relation to summer birth. **Psychiatry Res**, 111: 147- 154, 2002.
13. BRESSAN R, CHAVES A, PILOWSKY L, SHIRAKAWA I, MARI JJ. Depressive episodes in stable schizophrenia: critical evaluation of the DSMIV and ICD-10 diagnostic criteria. **Psychiatry Res**, 117: 47-56, 2003.
14. CANCRO R, LEHMANN H. Schizophrenia: Clinical Features. In: **Kaplan e Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry**, 7th edition, Lippincott Williams e Wilkins ed., Washington, USA, 2000, pp. 1169- 1199.
15. CARDNO A, HOLMANS PA, HARVEY I. Factor-derived subsyndromes of schizophrenia and familial morbid risks. **Schizophr Res**, 23: 231-238, 1997.
16. CARDNO A, JONES L, MURHY K, SANDERS R, ASHERSON P, OWEN M, MC GUFFIN,P. Dimensions of psychoses in affected sibling pairs. **Schizophr Bull**, 25(4) 841-850, 1999.
17. CARDNO A, SHAM P, MURRAY R, MC GUFFIN P. Twin study of symptom dimension in psychoses. **Br Med J**, 179: 39-45, 2001.

18. CARDNO A, SHAM P, FARMER A, MURRAY R. Heritability of Schneider's first rank symptoms. **Br J Psychiatry**, 180: 35-38, 2002.
19. COHEN CI, TALAVERA N, HARTUNG R. Depression among aging persons with schizophrenia who live in the community. **Psychiatry Serv**, 47: 601-607, 1996.
20. CROW T J. Molecular pathology of schizophrenia more than one process? **Br Med J**, 280: 66-68, 1980.
21. CROW T J. The continuum of psychosis and its implications for the structure of the gene. **Br J Psychiatry**, 149: 419-429, 1986.
22. CROW T J. Handedness, language lateralisation and anatomical asymmetry: relevance of protocadherin XY to hominid speciation and the aetiology of psychoses. **Br J Psychiatry**, 181: 295-297, 2002.
23. DAVID A, CUTTING J. Affect, Affective Disorder and Schizophrenia: a neuropsychological investigation of right hemisphere function. **Br J Psychiatry**, 156: 491-495, 1990.
24. DE LISI LE. Critical overview of current approaches to genetic mechanisms in schizophrenia research. **Brain Res Reviews**, 31: 187-192, 2000.
25. DESHPANDE S, MATHUR MNL, DAS SK, BHATIA T, SHARMA S, NIMGAONKAR VL. A hindi version of the diagnostic interview for genetic studies. **Schizophr Bull**, 24: 489-493, 1998.
26. ELKIS, H. Os conceitos de esquizofrenia e seus efeitos sobre os critérios diagnósticos modernos. **J Bras Psiqu**, 39 (95): 221-227, 1990.

27. EVANS J, HEATON R, PAULSEN J, McADAMS LA, HEATON S, JESTE D. Schizoaffective Disorder: A form of schizophrenia or affective disorder? **J Clin Psychiatry**, 60:12,dec,1999.
28. FENTON W, MOSHER L, MATTHEWS S. Diagnosis of schizophrenia: a critical review of current diagnostic systems. **Schizophr Bull**, 7:452-474, 1981.
29. GERSHON ES. Bipolar Illness and Schizophrenia as oligogenic diseases: implications for the future. **Biol Psychiatry**, 47:240-244, 1999.
30. GOLDBERG T. Some obvious distinctions between schizophrenia and bipolar disorder. **Schizophr Res**, 39: 127-132, 1999.
31. JABLENSKY A. The conflict of the nosologists: views on schizophrenia and manic depressive illness in the early part of the 20th century. **Schizophr Res**, 39: 95-100, 1999.
32. JANSSON L, HANDEST P, NIELSEN J, SAEBYE D, PARNAS J. Exploring boundaries of schizophrenia: a comparison of ICD-10 with other diagnostic systems in first-admitted patients. **World Psychiatry**, 1-2: 109-114,2002.
33. JONES P, TARRANT CJ. Specificity of developmental precursors to schizophrenia and affective disorders. **Schizophr Res**, 39: 121-125, 1999.
34. KAPUR S. Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. **Am J Psychiatry**, 160:13-23, 2003.

35. KATHMANN N, HOCHREIN A, UWER R, BONDY B. Deficits in gain of smooth pursuit eye movements in schizophrenia and affective disorder patients and their unaffected relatives. **Am J Psychiatry**, 160: 696-702, 2003.
36. KENDLER K. Toward a scientific psychiatry nosology. **Arch Gen Psychiatry**, 47: 969-973, 1990.
37. KENDLER KS. The genetics of schizophrenia: chromosomal deletions, attentional disturbances, and spectrum boundaries. **Am J Psychiatry**, 160: 1549-1553, 2003.
38. KÉRI S, KELEMEN O, BENEDEK G, JANKA Z. Different trait marker for schizophrenia and bipolar disorder: a neurocognitive approach. **Psychological Med**, 31: 915-922, 2001.
39. KNABLE MB. Schizophrenia and bipolar disorder: findings of the Stanley Foundation Brain Collection. **Schizophr Res**, 39: 149- 152, 1999.
40. LENZENWEGER M. Schizophrenia refining the phenotype, resolving endophenotypes. **Behaviour Res and Therapy**, 37: 281-295, 1999.
41. LEONHARD K. Different causative factors in different forms of schizophrenia. **Br J Psychiatry**, 149:1-6, 1986.
42. LINDENMAYER J P, BERSTEIN-HYMAN R, GROCHOWSKI S. Five- factor model of schizophrenia: initial validation. **J of Nervous and Mental Dis**, 182: 631-638, 1994.
43. LIDDLE P F. The symptoms of chronic schizophrenia: a re-examination of the positive-negative dichotomy. **Br J Psychiatry**, 151: 145-151, 1987.

44. LOEBER RT, SHERWOOD AR, RENSHAW PF, COHEN BM, YURGELUN-TODD DA. Difference in cerebellar blood volume in schizophrenia and bipolar disorder. **Schizophrenia Res**, 37: 81-89, 1999.
45. LOFTUS J, LYNN D, CROW TJ. Factor structure and familiarity of first-rank symptoms in sibling pairs with schizophrenia and schizoaffective disorder. **Br J Psychiatry**, 177: 15-19, 2000.
46. LOUGHLAND C, WILLIAMS L, GORDON E. Schizophrenia and affective disorder show different visual scanning behavior for faces: a trait vs state based distinction? **Biol Psychiatry**, 52: 338-348, 2002.
47. MARENGO J, HARROW M, HERBENER ES, SANDS J. A prospective longitudinal 10-year study of schizophrenia's three major factors and depression. **Psychiatry Res**, 97: 61-77, 2000.
48. MASS R, SCHOEMIG T, HITSCHFELD K, WALL E, HAASEN C. Psychopathological syndromes of schizophrenia: evaluation of the dimensional structure of the positive and negative syndrome scale **Schizophr Bull**, 26:167-177, 2000.
49. MC GUFFIN P, FARMER A, GOTTESMAN I. Is there really a split in schizophrenia? The genetic evidence. **Br J Psychiatry**, 150: 581-592, 1987.
50. MODESTIN J, HUBER A, SATIRLI E, MALTI T, HELL D. Long-term course of schizophrenic illness: Bleuler's study reconsidered. **Am J Psychiatry**, 160: 2202-2208, 2003.
51. MOLDIN S, GOTTESMAN II. At issue: genes, experience, and chance in schizophrenia – positioning for the 21st century. **Schizophr Bull**, 23: 547–561, 1997.

52. MÖLLER HJ, BOTTLENDER R, GROß A, HOFF P, WITTMANN J, WEGNER U, STRAUß A. The Kraepelinian dichotomy: preliminary results of a 15-year follow-up study on functional psychoses: focus on negative symptoms. **Schizophr Res**, 56: 87-94,2002.
53. MURRAY RM, LEWIS S, REVELEY AM. Towards an aetiological classification of schizophrenia. **Lancet**, (i): 1023-1026, 1985.
54. NURNBERG JR JI, BLEHAR M, KAUFMANN C, COOLER-YORK C, SIMPSON S, HARKAVY-FRIEDMAN J, SEVERE JB, MALASPINA D, REICH T AND COLS. Diagnostic interview for genetics studies: rationale, features and training. **Arch Gen Psychiatry**, 51:849-859, 1994.
55. OSVIEW, F. An End to Kraepelinian Nosology? **J Neuropsychiatry Clin Neurosci** 12:3, Summer, 2000.
56. POST R. Creativity and psychopathology: a study of 291 world famous men. **Br J Psychiatry**, 165: 22-34, 1994.
57. POST R. Comparative pharmacology of bipolar disorder and schizophrenia. **Schizophr Res**, 39:153-158,1999.
58. POST R in TORREY F. Stanley Foundation satellite symposium, Santa Fe, New Mexico, Saturday, april 17, 1999. **Schizophr Res**, 39: 159-163, 1999.
59. ROSENMAN S, KORTEN A., MEDWAY, J. , EVANS, M. Dimensional vs. categorical diagnosis in psychosis. **Acta Psychiatr Scand**, 107: 378-384, 2003.
60. ROY M, MÉRETTE C, MAZIADE M. Subtyping schizophrenia according to outcome or severity. **Schizophr Bull**, 27(1): 115-138, 2001.

61. SALISBURY D, SHENTON M, MC CARLEY. P300 topography differs in schizophrenia and manic psychosis. **Biol Psychiatry**, 45: 98-106, 1999.
62. SERRETI A, RIETSCHER M, LATTUADA E., KRAUSS H, SCHULZE T, MÜLLER D, MAIER W, SMERALDI E. Major psychoses symptomatology: factor analysis of 2241 psychotic subjects. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**, 251:193-198, 2001.
63. SCHNUR D, SMITH SCOTT, SMITH A, MARTE V, HORWITZ E, SACKEIM, MUKHERJEE, BERSTEIN A. The orienting response in schizophrenia and mania. **Psychiatry Res**, 88: 41-54, 1999.
64. SCHÜRNOFF F, SZÖKE A, MÉARY A, BELLIVIER F, ROUILLON F, PAULS D, LEBoyer M. Familial Aggregation of delusional proneness in schizophrenia and bipolar disorder. **Am J Psychiatry**, 160:1313-1319, 2003.
65. SOMNATH C P, REDDY J, JAIN S. Is there a familial overlap between schizophrenia and bipolar disorder? **J Affec Disord**, 72: 243-247, 2002.
66. TORREY FE. Epidemiological comparison of schizophrenia and bipolar disorder. **Schizophr Res**, 39: 101-106, 1999.
67. VAN OS J, GILVARRY C, BALE R, VAN HORN E, TATTAN T, WHITE I, MURRAY R. A comparison of the utility of dimensional and categorical representations of psychosis. UK700 Group. **Psychol Med**, 29(3):595-606, 1999.
68. VENTURA J, NUECHTERLEIN K, SUBOTNIK K, GUTKIND, GILBERT,E. Symptoms dimensions in recent-onset schizophrenia and mania: a principal components analysis of the 24-item Brief Psychiatric Rating Scale. **Psychiatry Res**, 97: 129-135, 2000.

69. WICKHAM H, WALSH C, ASHERSON P, GILL M, OWEN MJ, MCGUFFIN P, MURRAY R, SHAM P. Familiality of clinical characteristic in schizophrenia. **J Psychiatry Res**, 36:325-329, 2002.
70. WICKHAM H, WALSH C, ASHERSON P, TAYLOR C, SIGMUNDSON T, GILL M, OWEN MJ, MCGUFFIN P, MURRAY R, SHAM P. Familiality of symptoms dimensions in schizophrenia. **Schizophr Res**, 47:223-232, 2001.
71. WILDENAUER D, SCHWAB S, MAIER W, DETERA-WADLEIGH SD. Do schizophrenia and affective disorder share susceptibility genes? **Schizophr Res**, 39: 107-111, 1999.
72. ZISOOK S, MC ADAMS L, KUCK J, HARRIS J, BAILEY A, PATTERSON T, JUDD L, JESTE D. Depressive symptoms in schizophrenia. **Am J Psychiatry**, 156:1736-1743, 1999.

ARTIGO CIENTÍFICO EM INGLÊS

For the submission to the Schizophrenia Bulletin

66 Canal Center Plaza, Suite 200

Alexandria, VA 22314-5507

Article Title: PROEMINENCE OF MOOD SYMPTOMS IN EPISODIC SCHIZOPHRENIA x DECREASED AFFECTIVE SYMPTOMS IN FAMILIAL SCHIZOPHRENIA: a study with the use of OPCRIT SYSTEM (Operational Criteria Check-list)

Author: Cristiane Damacarena Martins¹ and Paulo Belmonte-de-Abreu²

Address for correspondence: ¹ Rua Mostardeiro, 333/311, CEP 90430-001, Porto Alegre- RS- Brazil, Tel.: + 55 (51) 3222-9490, Fax: + 55 (51) 3222-9490
E-mail: E-mail: damacarena@cpovo.net

Abstract

In a sample of 240 DSM-IV schizophrenic patients under treatment at the Schizophrenia Program of Hospital de Clinicas de Porto Alegre, Brazil, interviewed by OPCRIT system check-list, 122 selected were divided in two regarding to the presence or absence of mood symptoms. The groups were compared according to presence of family history of schizophrenia and other psychiatric diseases, pre-morbid functioning; neuroleptic resistance and course of illness. Episodic schizophrenia (without positive family history for schizophrenia), had more affective symptoms and increased frequency of female sex and greater frequency of pre-morbid personality disorder. The groups were similar regarding marital status, pre-morbid social and occupational functioning, neuroleptic resistance and course of the disease. These findings suggest that the presence of affective symptoms in schizophrenic patients may represent a dimension with lesser heritability and worse pre-morbid functioning, maybe reflecting increased neurodevelopmental abnormalities.

Key words: Schizophrenia, Psychopathology, Dimensional Diagnosis, Mood Symptoms,

Introduction

There is consensus at present that the current definitions of schizophrenia include different disorders or reflect various dimensions of different psychopathologies with their own pathophysiologies (Bralet, 2002; Curtis, 2000; Lenzenweger, 1999; Leonhard, 1986; Roy, 2001). Symptoms, course of the disease and response to medication vary widely amongst patients. This heterogeneity is one of the difficulties for the identification of susceptibility genes and biological markers of schizophrenia (Lindenmayer, 1994; Moldin, 1997).

Various strategies have been suggested in order to identify subtypes of schizophrenia, such as: deficit-type schizophrenia, Kraepelinian type, congenital schizophrenia (Roy, 2001; Bralet, 2002). For each one of them, researchers have associated particularities, such as month of birth, poor prognosis, familiarity.

Schizophrenia and Bipolar Disorder have been considered distinct nosologic entities. However, a review of the genetic epidemiology reveals a degree of agreement between the two categories, suggesting that they may share the same genetic susceptibilities (Boteva, 2003; Gershon, 2000; Kendler, 2003; Schürhoff, 2003; Wildenauer, 1999).

Different genetic researches have reinforced the need for a better refinement in identifying phenotypes, by pointing to the need for finding a diagnostic model which should help in the etiological research, refining the phenotypic classification of form and delineating clinical characteristics by differentiating groups that are clinically and genetically distinct.

In a categorical approach, subjects are separated as having or not having a disorder but in a dimensional approach there are at least three or more values or one continuum. (Angst, 2002; Kraemer, 2004). Categorical criteria can mask important data on symptoms which are

ignored or require a co-morbidity approach. The dimensional approach can complement the categorical diagnosis, by explaining significant variations within a same diagnostic category (Bralet, 2002; Rosenman, 2002; Serreti, 1999; Ventura, 2000).

Lindenmayer (1994) found five valid dimensions for psychoses, three of them being psychotic ones: positive, negative, and excitation psychoses, a cognitive one and a dysphoric mood one. Cardno developed several studies in this area. In 1997, he found family risk increase in psychoses associated to probands with high scores in the negative, disorganized, manic, and depressive dimensions. In 2001, while making a factorial analysis of psychotic and affective symptoms by using the OPCRIT, he found three dimensions: manic, psychotic in general, and depressive. Later on, in the analysis of 224 pairs of twins with a diagnosis of psychosis, he found five categories, which are: negative, manic, depressive, disorganized, and generalized psychotic. For all psychoses, there was a high family load significantly associated with the manic and disorganized dimensions, and a consistent association with genetic effect in the disorganized dimension. In the other dimensions, although present, it was not in significant rates. He concluded by suggesting that the dimensions can influence the form schizophrenia expresses itself as well as represent different etiologies. Van Os (1999), in a factorial analysis of a sample of 706 patients with chronic psychosis, employed the OPCRIT system for diagnosis throughout the life of the disease and encountered five dimensions: positive, negative, disorganized, depressive, and manic.

Ventura (2000), in a sample of 141 schizophrenic psychotic, schizoaffective, schizophreniform, and manic patients with less than two years since the onset of the disease, by employing the 24 items of the BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale), found four symptom

groupings which are: manic, negative, positive, and anxious depression (dysphoria). Mass (2000), in his factorial analysis using the PANSS scale on 253 patients with schizophrenia, found five dimensions: of hostile excitement, negative, cognitive, positive, and depressive. Wickham (2001), while adding mood symptoms in a factorial analysis of OPCRIT symptoms, found two additional dimensions: manic and depressive, besides the three already established: psychomotor agitation, reality distortion, and disorganization. He researched the degree of heritability of these dimensions and found that the psychomotor agitation, disorganization, and reality distortion dimensions had strong family influence. And the *psychomotor agitation, disorganization, and reality distortion* dimensions were related to four variations: poor pre-morbid functioning, pre-morbid unemployment, chronic course, and single marital status. The *disorganization* factor showed itself to be significantly associated to the variants *single marital status and unemployment*. Rosenman (2003) found, in a sample of 980 psychotic subjects, five dimensions: dysphoric, positive psychotic symptoms, negative/disorganized symptoms, mania, and psychoactive substance abuse. He compared the predictive prognostic value of categorical measures (diagnosis through the DSM III-R) with dimensional ones. He found that dimensional measures were better than categorical ones at explaining variation in behavior, disability, and outcome. *See table 1.*

Clinical Assessments and Methods:

Subjects and Methodology

The sample for this study was selected in a consecutive form in order to participate in the Study of Schizophrenia's Molecular Bases in a Portuguese and Brazilian Population. Patients were only included when, after being informed of the objectives and risks of the study, patient

and person in his/her charge signed their agreement in the term of consent made up for the study and approved by the Ethic Committee of Porto Alegre's Hospital de Clínicas. No patient or caretaker refused to participate in the study.

240 patients were recruited, along with their family members, and submitted to the interview, lasting from 3 to 5 hours, based on a semi-structured questionnaire which followed the OPCRIT check-list. The interviewers were professionals in the mental health field, with practice in dealing with psychotic patients and who received specific training in the use of the instruments by the Brazil – Portugal Agreement, with data complementation through medical records and meetings between researchers and attending team from the Schizophrenia Program of Porto Alegre's Hospital de Clínicas. The criterion of lifetime occurrence of signs and symptoms was used by means of symptom fluctuation throughout the evolution of the disease.

After the interview, the data was fed into the OPCRIT (Operational CRITeria) diagnostic system, which comprises a list of symptoms built from operational criteria of the main psychiatric classifications and which is made up by 90 items comprising psychopathology, pre-morbid functioning, personal and family history. Each item is defined in a glossary. The OPCRIT was translated into Portuguese by the Medical Psychology Service of Coimbra's Medical School and edited by the Schizophrenia Program Team at Porto Alegre's Hospital de Clínicas. In 1996, Azevedo validated the Portuguese version. The check-list results enter into the OPCRIT program and generate diagnoses in affective and psychotic disorder categories according to 13 different classifications (Williams, 1996). All patients who received a schizophrenia diagnosis through the DMIV and CID 10 criteria (n=122) were selected. All patients with other psychiatric diagnoses were excluded, including those with

schizophreniform disorders, delirious disorder, and schizoaffective disorder according to DSMIV and CID 10 (n=61), due to a disagreement between CID 10 and DSMIV diagnoses (n=2), as well as patients with a history of abuse of or dependence on psychoactive substances (n=55).

The sample was divided according to the presence of mood symptoms into 3 subgroups: (a) with depressive mood symptoms (WDMS), (b) with manic mood symptoms (WMMS), and (c) with mixed mood symptoms (WMxMS).

The WDMS group was defined through the obligatory presence of one of four mood alterations: OPCRIT items 36 (irritable mood); 37 (dysphoria); 38 (day mood variation, worse in the morning); 39 (loss of pleasure), and three more symptoms of the following list: OPCRIT 24 (slowed activity); 25 (loss of energy/tiredness); 40 (loss of libido); 41 (poor concentration); 42 (excessive self-reproach); 43 (suicidal ideation); 46 (early morning waking); 48 (poor appetite); 49 (weight loss); 69 (guilt delusions); and 70 (poverty delusions).

The WMMS group was defined through the obligatory presence of one of three mood alterations: OPCRIT items 35 (elevated mood); 36 (irritable mood); 37 (dysphoria), and three other symptoms of the following list: OPCRIT 19 (excessive activity); 20 (reckless activity); 21 (distractibility); 22 (reduced need for sleep); 23 (agitated activity); 30 (pressured speech); 31 (thoughts racing); 53 (increase in goal-directed social activity); 56 (increase in self-esteem); 57 (grandiose delusions).

The WMxMS group was defined through the obligatory presence of one of five mood alterations: OPCRIT items 35 (elevated mood); 36 (irritable mood); 37 (dysphoria); 38 (day mood variation, worse in the morning); 39 (loss of pleasure), and three more other symptoms

from the following list: OPCRIT 19 (excessive activity); 20 (reckless activity); 21 (distractibility); 22 (reduced need for sleep); 23 (agitated activity); 24 (slowed activity); 25 (loss of energy/tiredness); 30 (pressured speech); 31 (thoughts racing); 35 (elevated mood); 36 (irritable mood); 37 (dysphoria); 38 (day mood variation, worse in the morning); 39 (loss of pleasure); 40 (loss of libido); 41 (poor concentration); 42 (excessive self-reproach); 43 (suicidal ideation); 46 (early morning waking); 48 (loss of appetite); 49 (weight loss); 53 (increase in goal-directed social activity); 56 (increase in self-esteem); 57 (grandiose delusions); 69 (guilt delusions); 70 (poverty delusions). *See chart 1.*

The two groups thus obtained, WMS (divided into subgroups) and NMS, were compared with regard to three groups of variants: demographic ones (gender, marital status, and age), pre-morbid functioning ones (previous personality disorder, social and work adjustment, unemployment), clinical ones (age of disease onset, time of disease, disease course, and resistance to medication) and family inheritance (of schizophrenia, of other psychiatric disease).

The detailed description of each one of the variants above can be defined in the glossary of the OPCRIT system (McGuffin, 1991).

Statistical Analysis

The statistical analysis was performed by the Statistical Product and Services Solutions (SPSS) program, version 10.0. The analysis of quantitative variants employed the Variance Analysis (ANOVA) to compare the groups. The analysis of categorical variants used Fisher's exact test in order to verify association with groups formed according to mood symptoms. In the majority of these variants the chi-square (x^2) test could not be used for having very low

expected values in some categories. For variants which have showed association with the groups, a residue analysis was also made in order to check the tendency/form of association.

Results

The final sample included 122 cases, 90 (78%) of them being men and 32 (26.2%), women. The gender distribution was of 3 men : 1 woman. No individual of the female sex was included in the no mood symptom group. *See graph and table 2.*

Out of the 122 patients, 107 (87.7%) presented mood symptoms as we have defined them, 22 (18%) of them being of the depressive type, 4 (3.2%) of the manic type, and 81 (66.4%) of the mixed type. *See graph 1.*

Characteristics of the sample regarding marital status and age are described in *tables 3 and 4*, respectively. 12.3% of the patients had already been married and the average age was 34.4 years old (SD=9.3), values distributing themselves more around 35 years old and no statistical difference among the groups having been observed. The group with manic symptoms presents the lowest age average, 25 years old, with median average at 23 years old, as well as an earlier onset for the disease, *see tables 4 and 8*, 13.7 years old, with median average of 15 years old, in contrast to patients with depressive mood symptoms, 22.4 years old, with median average of 18 years old.

The average duration of the disease is of 15.5 years, with a median average of 14 years. *See table 9.*

In relationship to the course of the disease, 55% of patients were classified with continuous chronic disease, with deterioration. The majority of no-mood-symptom patients

(66.7%) belongs to this group. *See tables 10 and 11.* Besides, 12.3% of patients did not present a response to neuroleptics without association with mood symptoms. *See table 12.*

Regarding work and social pre-morbid adjustment, 57.37% and 59.8% were considered with a good adjustment in each one of these categories, respectively. *See table 6.* 52.7% were unemployed at the time of their first breakdown. *See table 7.*

According to *graph 3*, patients with a history of pre-morbid personality disorder tended to belong to the mixed-mood-symptom group and tended not to belong to the category of those with no mood symptoms (Fisher's exact test: $P=0.016\%$). *See table 5*

Patients with no mood symptoms tended to have a positive family history for schizophrenia ($p=0.027$), contrary to those without a family history, who tended not to belong to this group. *See table 13 and graph 4.*

In the sample, 71.3% had a family history with another psychiatric disease, without any significant association with the presence of mood symptoms. *See table 13.*

Discussion

The presence of depressive symptoms in schizophrenia has already been well established (Cohen, 1996; Bressan, 2003). A depressed mood is common in individuals who suffer from schizophrenia, frequently described as originating from the perception the individual has of his/her disease and of his/her social identity. The significant association of the female sex with the presence of a depressive mood in schizophrenic patients has also already been suggested in the literature (Emsley, 1999). There are clinical differences between the genders in schizophrenia. Men are usually described as with an earlier onset for the disease, worse pre-morbid functioning, more negative and cognitive symptoms. Women

present more affective symptoms, auditory hallucinations, persecutory delusions, quicker response (Leung, 2003). The most accepted hypothesis on gender differences points to a protective effect of estrogen in women, which would explain the occurrence of a more severe form and of a more precocious onset of schizophrenia in men. These differences tend to diminish after 15 years of evolution, but, nevertheless, with maintenance of the same level of severity and of prevalence (Häfner, 1999; Aleman, 2003; Seeman, 1997). Various hypotheses were described so as to explain sexual differences in schizophrenic patients: 1. the sexual dimorphism of cerebral anatomy; 2. the high incidence of prenatal injury in men; 3. the different effects of estrogens and testosterone in cerebral development; and 4. the greater exposure to alcohol in the male sex. Women would have a better compliance to treatment, response to social stress and health services access.

Once the study sample is composed of patients with, on average, 15 years of disease in a university hospital, we can infer that the sample is constituted of more severe and chronic cases. However, most patients simultaneously presented mood symptoms (87.7%), independently of severity of the case or its time of evolution. Such symptoms were not sufficient to fulfill DSMIV criteria for schizoaffective disorder, but sufficiently important ones to be referred to as a whole.

Some might argue that the diagnosis for schizoaffective disorder is not a stable one and that it does not represent an end of an spectrum of symptoms in schizophrenia and in mood disorders, but an intermediary and fluctuating point along the continuum (Evans, 1999). Other studies have suggested that the subtypes of schizoaffective disorders show an interrelation between mood disorders and schizophrenia, the bipolar subtype of schizoaffective disorder

presenting more “affective” characteristics and the depressive subtype, more “schizophrenia-type” characteristics (Gershon, 1998). By the DSMIV, when mania or depression occur during the course of schizophrenia, there is the recommendation of quoting mood disorder not specified in another section.

Unipolar Depression is twice more frequent in women. Perhaps the association of depressive symptoms and female gender in our sample obeys the same patterns as in the general population, reinforcing the idea of a continuum which goes from mood disorders up to what is defined as schizophrenia, with a multiplicity of intermediary situations. It is believed that more severe depressive disorders have an inheritability of at least 40% and there can exist differences between this disorder in general and the variation of depressive symptoms in psychoses.

Some authors point to a correlation of depressive symptoms and severity of symptoms in schizophrenic patients (Zisook, 1999), others suggest that psychosis and mania and/or depression would be phenomena which, when overlapped in schizophrenic patients, would be indicators of a more favorable course for the disease (Harrow, 2000). Nevertheless, no significant relationship was found between presence of mood symptoms and disease course patterns or response to treatment.

The findings of connection studies suggestive of markers in common in what is today denominated bipolar disorder and schizophrenia in family samples point to a relationship between the two disorders. The worse pre-morbid prognosis at work and history of previous personality disorder in patients with mood symptoms, specially mixed type, in our sample, can suggest a group of individuals with more damage by juxtaposition of predisposition with mood

alterations and also with psychotic symptoms. Nevertheless, such finding needs a better investigation in a sample which includes individuals classified at present with other psychotic situations (bipolar, schizoaffective, psychotic depression).

Our study presents limitations related to the size of the sample. Besides this, the fact that the sample belongs to a University hospital and a center of regional reference in the treatment of schizophrenia may make possible that the sample presents cases of a more severe or unusual presentation and which do not correspond to characteristics in the population at large.

Another limitation of the study refers to the fact that the family history was based on reports of its members and not in the examination of each family member.

The presence of affective symptoms in psychoses is frequently described in the literature as associated with a family history of psychiatric disorder and specifically with affective disorders. Nevertheless, in our study we did not find a significant association which might reinforce this notion.

Comments:

The identification of subpopulations of subjects can be of particular importance in genetic and pharmacological studies of the more severe psychoses, where homogeneity is crucial. We should undertake every effort towards diminishing the heterogeneity within the diagnosis of schizophrenia, by searching for diagnostic models more based on biology, looking for the validation of endophenotypes, with the consequent revision of current diagnostic criteria.

In this search for identification of endophenotypes, the use of dimensional descriptive systems, in contrast to categorical systems, discards less information necessary to guarantee the quality of individual treatment and retains the richness of details necessary for understanding psychiatric diseases.

Therefore, if the findings of the present study are confirmed in other populations with a different cultural and ethnic background, we can entertain with greater assurance the possibility that depressive, of mixed mood and manic sub-syndromes identified in this study do represent subgroups of diseases of a continuum of psychoses, with the occurrence of mood symptoms in one extreme and the absence of those at the other, and no longer as distinct entities, as proposed since Kraepelin (Angst, 2002). Consequently, the very dichotomy schizophrenia – mood disorder can be reframed as representative of psychopathological extremes of only one disease, as we are already used to seeing in diabetes type II, for example, in which the presence of neuropathy, obesity, atherosclerosis, or dementia are considered subgroups of the same disease and not as an essentially different disease.

References

1. ABREU P. Estudo de fatores de risco para esquizofrenia. Tese de doutoramento em clínica médica [Study on risk factors for schizophrenia. Doctorate thesis in clinical medicine], **UFRGS**,1995.
2. ALEMAN A, KAHN R, SELTEN JP. Sex differences in the risk of schizophrenia. **Arch Gen Psychiatry**, 60: 565-571, 2003.
3. ANDREASEN NC. Mood Disorders and Schizophrenia. **J Clin Psychiatry**, 16: 7-8, 1998.
4. ANGST, J. Historical aspects of the dichotomy between manic-depressive disorders and schizophrenia. **Schizophr Res**, 57 (9) 5-13, 2002.
5. AZEVEDO MHP, VALENTE J, MACEDO A, DOURADO A, COELHO I, PATO M, PATO C. Versão portuguesa da “entrevista diagnóstica para estudos genéticos”. [Portuguese version of the “diagnostic interview for genetic studies] **Psiquiatria Clínica**, 4: 213-217, 1993.
6. AZEVEDO MHP, SOARES MJ, COELHO I, DOURADO A, VALENTE J, MACEDO A, PATO M, PATO C. Using consensus OPCRIT diagnoses- an

- efficient procedure for best- estimate lifetime diagnoses. **Br J Psychiatry**, 175: 154-157, 1999.
7. BRALET MC, LOAS G, YON V, MARÉCHAL V. Clinical characteristics and risk factors for Kraepelinian subtype of schizophrenia: replication of previous findings and relation to summer birth. **Psychiatry Res**, 111: 147- 154, 2002.
 8. BRESSAN R, CHAVES A, PILOWSKY L, SHIRAKAWA I, MARI JJ. Depressive episodes in stable schizophrenia: critical evaluation of the DSMIV and ICD-10 diagnostic criteria. **Psychiatry Res**, 117: 47-56, 2003.
 9. CARDNO A, HOLMANS PA, HARVEY I. Factor-derived subsyndromes of schizophrenia and familial morbid risks. **Schizophr Res**, 23: 231-238, 1997.
 10. CARDNO A, SHAM P, MURRAY R, MC GUFFIN P. Twin study of symptom dimension in psychoses. **Br Med J**, 179: 39-45, 2001.
 11. COHEN CI, TALAVERA N, HARTUNG R. Depression among aging persons with schizophrenia who live in the community. **Psychiatry Serv**, 47: 601-607, 1996.
 12. CRADDOCK M, ASHERSON P, OWEN MJ, WILLIAMS J, MCGUFFIN, FARMER AE. Concurrent validity of the OPCRIT diagnostic system. Comparison of OPCRIT diagnoses with consensus best-estimate diagnoses. **Br J Psychiatry**;16:58-63, 1996.

13. DESHPANDE S, MATHUR MNL, DAS SK, BHATIA T, SHARMA S, NIMGAONKAR VL. A hindi version of the diagnostic interview for genetic studies. **Schizophr Bull**, 24: 489-493, 1998.
14. EMSLEY RA, OOSTHUIZEN PP, JOUBERT AF, ROBERTS MC, STEIN DJ. Depressive and anxiety symptoms in patients with schizophrenia and schizophreniform disorder. **J Clin Psychiatry**, 60: 747-751, 1999.
15. ESCAMILLA MA. Diagnosis and treatment of mood disorders that co-occur with schizophrenia. **Psychiatry Serv**, 52: 911-919, 2001.
16. FARMER AE, WILLIAMS J, JONES I. Phenotypic definitions of psychotic illness for molecular genetic research. **Am J Med Genet**, 54:365-371,1994.
17. FENTON W, MOSHER L, MATTHEWS S. Diagnosis of Schizophrenia: a critical review of current diagnostic systems. **Schizophr Bull**, 7: 452-476, 1981.
18. GERSHON ES, DE LISI LE, HAMOVIT J. A controlled family study of chronic psychoses. **Arch Clin Psychiatry**, 45: 328-336, 1988.
19. GERSHON ES. Bipolar illness and schizophrenia as oligogenic diseases: implications for the future. **Biol Psychiatry**, 47:240-244, 2000.
20. HÄFNER H, DER HEIDEN W, BEHRENS S, GATTAZ W, HAMBRECHT M, LÖFFLER W, MAURER K, MUNK-JORGENSEN P, NOWOTNY B, RIECHER-RÖSSLER A, STEIN A. Causes and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia. **Schizophr Bull**, 24: 99-113, 1998.

21. HARROW M, GROSSMAN LS, HERBENER ES, DAVIES EW. Ten-year outcome: patients with schizoaffective disorders, schizophrenia, affective disorder and mood incongruent psychotic symptoms. **B J Psychiatry**, 177: 421-426, 2000.
22. KENDLER KS, KARKOWSKI LM, WALSH D. The structure of psychosis: latent class analysis of probands from the Roscommon Family Study. **Arch of Gen Psychiatry**, 55: 492-509, 1998.
23. KRAEMER H, NODA A, O'HARA R. Categorical versus dimensional approaches to diagnosis: methodological challenges. **J Psychiatric Reserch**, 38:17-25, 2004.
24. LEUNG A, CHUE P. Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. **Acta Psychiatr Scand**, 401: 3-38, 2000.
25. LINDENMAYER J P, BERSTEIN-HYMAN R, GROCHOWSKI S. Five-factor model of schizophrenia: initial validation. **J of Nervous and Mental Dis**, 182: 631-638, 1994.
26. MASS R, SCHOEMIG T, HITSCHFELD K, WALL E, HAASEN C. Psychopathological syndromes of schizophrenia: evaluation of the dimensional structure of the positive and negative syndrome scale. **Schizophr Bull**, 26:167-177, 2000.
27. MCGUFFIN P, FARMER A, HARVEY I. A polydiagnostic application of operational criteria in studies of psychotic illness. Development and reliability of the OPCRIT system. **Arch Gen Psychiatry**;48:764-770,1991.
28. NURNBERG JR JI, BLEHAR M, KAUFMANN C, COOLER-YORK C, SIMPSON S, HARKAVY-FRIEDMAN J, SEVERE JB, MALASPINA D, REICH

- T AND COLS. Diagnostic interview for genetics studies: rationale, features and training. **Arch Gen Psychiatry**, 51:849-859, 1994.
29. ROSENMAN S, KORTEN A., MEDWAY, J. , EVANS, M. Dimensional vs. categorical diagnosis in psychosis. **Acta Psychiatr Scand**, 107: 378-384, 2003.
30. ROY M, MÉRETTE C, MAZIADÉ M. Subtyping schizophrenia according to outcome or severity: **Schizophr Bull**, 27(1): 115-138, 2001.
31. SEEMAN MV. Psychopathology in women and men: focus on female hormones. **Am J Psychiatry**, 154: 1641-1647, 1997.
32. SERRETI A, LATTUADA E, CUSIN C, SMERALDI E. Factor analysis of delusional disorder symptomatology. **Comprehensive Psychiatry**, 40(2):143-147, 1999.
33. SCHÜRNOFF F, SZÖKE A, MÉARY A, BELLIVIER F, ROUILLON F, PAULS D, LEBOYER M. Familial Aggregation of delusional proneness in schizophrenia and bipolar disorder. **Am J Psychiatry**, 160:1313-1319, 2003.
34. SOARES JM, DOURADO A, MACEDO A, VALENTE J, COELHO I, AZEVEDO MHP. Estudo de fidelidade da lista de critérios operacionais para doenças psicóticas. [Fidelity study of the list of operational criteria for psychotic diseases] **Psiquiatria Clínica**, 18: 11-24, 1997.
35. VAN OS J, GILVARRY C, BALE R, VAN HORN E, TATTAN T, WHITE I, MURRAY R. A comparison of the utility of dimensional and categorical representations of psychosis. UK700 Group. **Psychol Med**, 29(3):595-606, 1999.

36. VENTURA J, NUECHTERLEIN K, SUBOTNIK K, GUTKIND, GILBERT,E.
Symptom dimensions in recent-onset schizophrenia and mania: a principal components analysis of the 24-item Brief Psychiatric Rating Scale. **Psychiatry Res**, 97: 129-135, 2000.
37. WICKHAM H, WALSH C, ASHERSON P, TAYLOR C, SIGMUNDSON T, GILL M, OWEN MJ, MCGUFFIN P, MURRAY R, SHAM P. Familiality of symptom dimensions in schizophrenia. **Schizophr Res**, 47:223-232, 2001.
38. WILDENAUER D, SCHWAB S, MAIER W, DETERA-WADLEIGH SD. Do schizophrenia and affective disorder share susceptibility genes? **Schizophr Res**, 39: 107-111, 1999.
39. WILLIAMS J, FARMER AE, ACKENHEIL M, KAUFMANN CA, MCGUFFIN P. A multicentre inter-rater reliability study using the OPCRIT computerized diagnostic system. **Psychol Med**, 26:775-783, 1996.
40. ZISOOK S, MC ADAMS L, KUCK J, HARRIS J, BAILEY A, PATTERSON T, JUDD L, JESTE D. Depressive symptoms in schizophrenia. **Am J Psychiatry**, 156:1736-1743, 1999.

Author Identification:

Cristiane Damacarena Nunes Martins, Psychiatrist, undertaking a Master Degree in
Medical Clinic UFRGS
Psychiatric Services of Hospital de Clínicas de Porto Alegre [Teaching Hospital],
Federal University of Rio Grande do Sul

Paulo Silva Belmonte Abreu, Psychiatrist, MHS, PhD, Assistant Professor at the
Psychiatric Dept. of FAMED/ UFRGS [Medical School of the Federal University of Rio
Grande do Sul] and coordinator of the Schizophrenia Program at HCPA
Psychiatric Services of Hospital de Clínicas de Porto Alegre [Teaching Hospital],
Federal University of Rio Grande do Sul

Reprints should be sent to Rua Mostardeiro, 333/311, CEP 90430-001, Porto Alegre
- RS- Brazil, Tel.: + 55 (51) 3222-9490, Fax: + 55 (51) 3222-9490
E-mail: damacarena@cpovo.net

Chart 1: Basic Symptoms of Mood Subtypes in Schizophrenia

WDMS: irritable mood; dysphoria; day mood variation, worse in the morning; loss of pleasure

WMMS: elevated mood; irritable mood; dysphoria

WMxMS: elevated mood; irritable mood; dysphoria; day mood variation, worse in the morning; loss of pleasure.

Table 1: Synthesis of factorial studies in psychoses with the dimensions found

AUTHOR	N	DIMENSIONS							
		Positive	Negative	Disorganized	Mania	Depressive	Psychomotor	Dysphoric	Others
Liddle, 1987	40	X		X			X		
Lindenmayer, 1994	240	X	X				X	X	Cognitive
Cardno, 1997	97		X	X	X	X			
Cardno, 1999	109	X	X	X					
Cardno, 1999	109	X	X	X					First Rank
Van Os, 1999	706	X	X	X	X	X			
Ventura, 2000	141	X	X		X			X	
Mass, 2000	253	X	X			X	X		Cognitive
Cardno, 2001	224	X	X	X	X	X			
Wickhan, 2001	155	X		X	X	X	X		
Rosenman, 2003	980	X	X	X	X			X	Substance abuse

DEMOGRAPHIC VARIANTS

Table 2: Gender

Sex¹	WDMS² N (%)	WMMS³ N (%)	WMxMS⁴ N (%)	NMS⁵ N (%)	Total N (%)
Male	14 (11.47%)	3 (2.45%)	58 (47.54%)	15 (12.29%)	90 (73.78%)
Female	8 (6.55%)	1 (0.81%)	23 (18.85%)	0	32 (26.22%)
Total	22 (18.02%)	4 (3.26%)	81 (66.39%)	15 (12.29%)	122

¹ Fisher exact: P=0.039, where the persons with no mood symptoms were predominantly male. There is no difference amongst the others.

² WDMS= With depressive mood symptoms

³ WMMS= With manic mood symptoms

⁴ WMxMS= With mixed mood symptoms

⁵ NMS= No mood symptoms

Table 3: Marital status

Marital Status	WDMS¹ N (%)	WMMS² N (%)	WMxMS³ N (%)	NMS⁴ N (%)	Total N (%)
Married	3 (2.45%)	0	11 (9.01%)	1 (0.81%)	15 (12.29%)
Single	19 (15.57%)	4 (3.27%)	70 (57.37%)	14 (11.47%)	107 (87.70%)
Total	22 (18.03%)	4 (3.27%)	81 (66.40%)	15 (12.29%)	122

¹WDMSHD= With depressive mood symptoms

²WMMS= With manic mood symptoms

³WMxMS= With mixed mood symptoms

⁴NMS= no mood symptoms

Table 4: Age

Age	WDMS	WMMS	WMxMS	NMS	Total
Average	36.1	25	34.89	35.17	34
Median	34	23	35	38	35
Standard Deviation	12	9.31	8.83	10.21	9.35

Anova: P=0,214, where no statistical differences were found

¹WDMS= With depressive mood symptoms

²WMMS= With manic mood symptoms

³WMxMS= With mixed mood symptoms

⁴NMS= No mood symptoms

PRE-MORBID FUNCTIONING

Table 5: Pre-morbid Personality Disorder

Pre-morbid Personality Disorder¹	WDMS² N (%)	WMMS³ N (%)	WMxMS⁴ N (%)	NMS⁵ N (%)	Total
Absent	16 (13.1%)	2 (1.63%)	45 (36.88%)	14 (11.48%)	77 (63.11%)
Present	6 (4.9%)	2 (1.63%)	36 (29.5%)	1 (0.82%)	45 (36.88%)
Total	22 (18.03%)	4 (3.27%)	81 (66.40%)	15 (12.29%)	122

¹P value = 0,016

¹WDMShD= With depressive mood symptoms

²WMMS= With manic mood symptoms

³WMxMS= With mixed mood symptoms

⁴NMS= no mood symptoms

Table 6: Pre-morbid Work and Social Adjustment

Pre-morbid Adjustment		WDMS N (%)	WMMS N (%)	WMxMS N (%)	NMS N (%)	Total N (%)
Work ¹	Good	17 (13.9)	3 (2.45)	43 (35.3)	10 (8.2)	73 (60.0)
	Bad	5 (4.1)	1 (0.81)	38 (31.1)	5 (4.1)	49 (40.0)
Total		22 (18.03)	4 (3.27)	81 (66.4)	15 (12.3)	122
Social ²	Good	16 (13.1)	3 (2.45)	41 (33.6)	10 (8.2)	70 (57.4)
	Bad	6 (4.91)	1 (0.81)	40 (32.8)	5 (4.1)	52 (42.6)
TOTAL		22 (18.03)	4 (3.27)	81 (66.4)	15 (12.3)	122(100)

¹ P value = 0,171

² P value =0,209

¹WDMSHD= With depressive mood symptoms

²WMMS= With manic mood symptoms

³WMxMS= With mixed mood symptoms

⁴NMS= no mood symptoms

Table 7: Employed at the Time of Onset of Disease

Work	WDMS N (%)	WMMS N (%)	WMxMS N (%)	NMS N (%)	Total
Unemployed	7 (5.73%)	1 (0.81%)	49 (40.16%)	7 (5.73%)	64 (52.45%)
Employed	15 (12.29%)	3 (2.45%)	32 (26.22%)	8 (6.55%)	58 (47.54%)
Total	22 (18.03%)	4 (3.27%)	81 (66.40%)	15 (12.29%)	122

P value = 0,055

¹WDMSHD= With depressive mood symptoms

²WMMS= With manic mood symptoms

³WMxMS= With mixed mood symptoms

⁴NMS= no mood symptoms

CLINICAL CHARACTERISTICS

Table 8: Age of Onset

Age of onset	WDMS	WMMS	WMxMS	NMS	Total
Average	22.37	13.67	19.15	20	19.67
Median	18	15	18	18	18
Standard Deviation	11.27	10.06	6.07	5.80	7.38

Kruskal-Wallis: $p=0,574$. There are no evidences that age average of onset is any different .

¹WDMSHD= With depressive mood symptoms

²WMMS= With manic mood symptoms

³WMxMS= With mixed mood symptoms

⁴NMS= no mood symptoms

Table 9: Duration of Disease

Time of disease	WDMS	WMMS	WMxMS	NMS	Total
Average	13.67	12.33	15.66	18.89	15.50
Median	10.50	15	14	20	14
Standard Deviation	11.67	10.26	8.63	7.89	9.18

Anova: $p=0,515$. There are no evidences that duration of disease is any different.

¹WDMSHD= With depressive mood symptoms

²WMMS= With manic mood symptoms

³WMxMS= With mixed mood symptoms

⁴NMS= no mood symptoms

Table 10: Course of Disease

Course of Disease	WMS N (%)	NMS N (%)	Total N (%)
Single Episode with Good Recovery	2 (1.64%)	0	2 (1.64%)
Multiple Episodes with Good Recovery in Between	3 (2.45%)	1 (0.82%)	4 (3.27%)
Multiple Episodes with Partial Recovery	17 (13.9%)	1 (0.82%)	18 (14.75%)
Continuous Chronic Disease	27 (22.13%)	2 (1.64%)	29 (23.78%)
Continuous Chronic Disease with Deterioration	57 (46.7%)	10 (8.2%)	67 (54.91%)
Total	106 (86.89%)	14 (11.48%)	120

P = 0,484

¹WMS= With mood symptoms

²NMS= no mood symptoms

Concise Table 11: Course of Disease

Course of Dis.	WMS N (%)	NMS N (%)	Total N (%)
Intermittent	22 (18.3%)	2 (1.67%)	24 (20%)
Continuous	84 (70%)	12 (10%)	96 (80%)
Total	106 (88.3%)	14 (11.7%)	120

$X^2=0,32$

$p= 0,569$

¹WMS= With mood symptoms

² NMS= no mood symptoms

Table 12: Response to Neuroleptic

Response to Neuroleptic	WDMS N (%)	WMMS N (%)	WMxMS N (%)	NMS N (%)	Total N (%)
No	5 (4.1%)	2 (1.64%)	7 (5.73%)	2 (1.64%)	15 (12.29%)
Yes	17 (13.9%)	2 (1.64%)	74 (60.6%)	13 (10.6%)	107 (87.70%)
Total	22 (18.03%)	4 (3.27%)	81 (66.40%)	15 (12.29%)	122

p= 0,061

¹WDMSHD= With depressive mood symptoms

²WMMS= With manic mood symptoms

³WMxMS= With mixed mood symptoms

⁴NMS= no mood symptoms

FAMILY HISTORY

Table 13

Family History		WDMS N (%)	WMMS N (%)	WMxMS N (%)	NMS N (%)	Total
Schizophrenia ¹	No	18 (14.9)	2 (1.65)	59 (48.77)	6 (4.96)	85 (70.24)
	Yes	4 (3.3)	2 (1.65)	21 (17.35)	9 (7.44)	36 (29.75)
	Total	22 (18.18)	4 (3.3)	80 (66.11)	15 (12.4)	121(100)
Other Mental Disease ²	No	8 (6.7%)	0	23 (18.9)	4 (3.27)	35 (28.7)
	Yes	14 (11.5%)	4 (3.27)	58 (47.5)	11 (9.01)	87 (71.4)
	Total	22 (18.03)	4 (3.27)	81 (66.4)	15 (12.3)	122(100)

¹P value = 0,027

²P value = 0,624

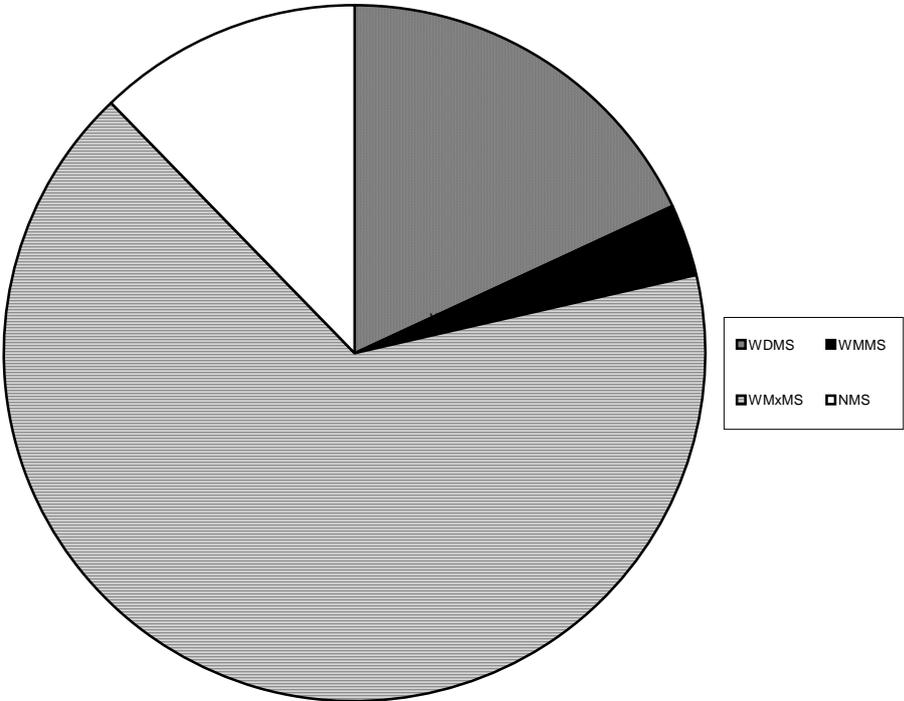
¹WDMSHD= With depressive mood symptoms

²WMMS= With manic mood symptoms

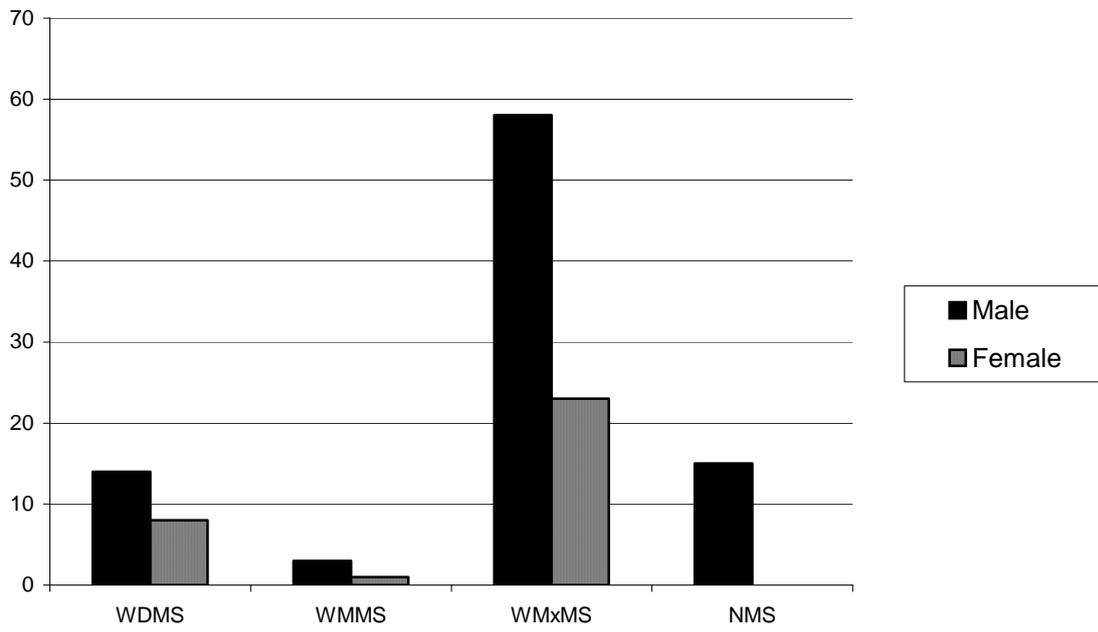
³WMxMS= With mixed mood symptoms

⁴NMS= no mood symptoms

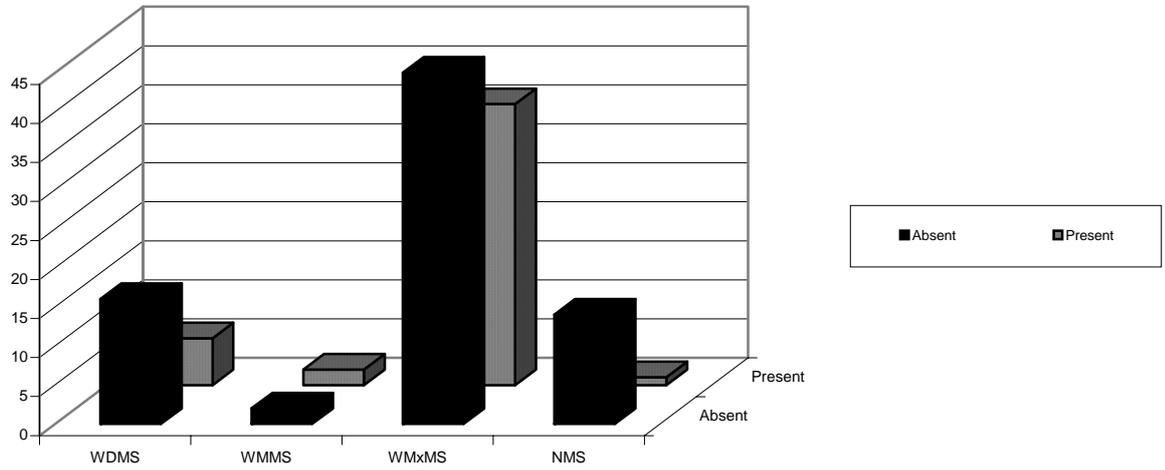
Graph 1: Distribution of mood symptoms in the sample



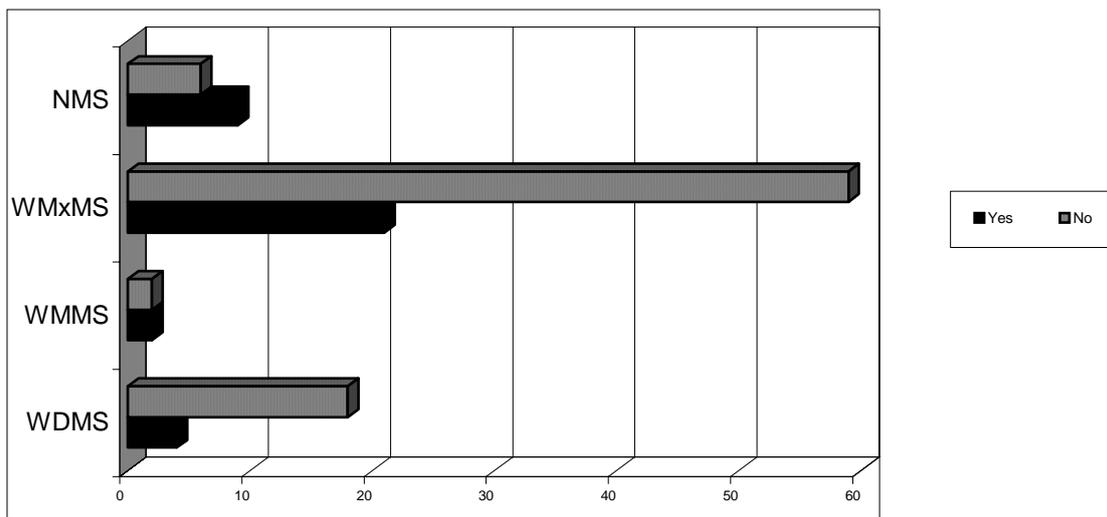
Graph 2: Gender



Graph 3: Pre- Morbid Personality Disorder



Graph 4: Family History of Schizophrenia



ARTIGO CIENTÍFICO EM PORTUGUÊS

**PRESENÇA DE SINTOMAS DE HUMOR NA FORMA EPISÓDICA DE
ESQUIZOFRENIA vs DIMINUIÇÃO DE SINTOMAS DE HUMOR EM
ESQUIZOFRENIA FAMILIAR: UM ESTUDO COM O USO DO
SISTEMA COMPUTADORIZADO OPCRIT (Operational Criteria Check-
list)**

Cristiane Damacarena Martins¹, Paulo Belmonte-de-Abreu²

- 1- Médica Psiquiatra, mestranda em Clínica Médica UFRGS
- 2- Médico Psiquiatra, MHS, PhD, Professor Adjunto do Dep. Psiquiatria da FAMED/UFRGS
e coordenador do Programa de Esquizofrenia do HCPA

Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.

Endereço para correspondência:

Cristiane Damacarena Nunes Martins
Rua Mostardeiro, 333/311.
CEP 90430-001
Porto Alegre- RS- Brasil
Fone: 051 32229490
Fax: 051 32229490
E-mail: damacarena@cpovo.net

Resumo

Numa amostra de 240 pacientes esquizofrênicos atendidos no Programa de Esquizofrenia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil, entrevistados utilizando o sistema OPCRIT, 118 foram excluídos e 122 agrupados de acordo com a presença ou não de sintomas de humor. Os dois grupos foram comparados com relação a 1. variáveis demográficas, 2. presença de história familiar de esquizofrenia, 3. história familiar de outras doenças psiquiátricas, 4. funcionamento pré-mórbido, 5. resistência à medicação e 6. curso da doença. Verificou-se que os pacientes com sintomas de humor tendem a apresentar forma episódica (sem história familiar positiva para esquizofrenia), ser do sexo feminino e ter maior proporção de distúrbio pré-mórbido de personalidade. Os grupos não se diferenciaram com relação a estado civil, funcionamento social e ocupacional pré-mórbido, resposta a neurolépticos e curso da doença. Conclui-se que a presença de sintomas de humor em pacientes esquizofrênicos pode representar uma dimensão com características específicas com relação a menor herdabilidade e pior nível pré-mórbido de funcionamento.

Palavras-chave: Esquizofrenia, Sintomas de Humor, Diagnóstico Dimensional, Psicopatologia

Introdução

Há um consenso, atualmente, que as definições correntes de esquizofrenia incluem diferentes distúrbios ou refletem várias dimensões de psicopatologias diferentes com suas próprias patofisiologias (Bralet, 2002; Curtis, 2000; Lenzenweger, 1999; Leonhard, 1986; Roy, 2001). Sintomas, curso e resposta a medicações variam amplamente entre os pacientes. Esta

heterogeneidade é uma das dificuldades para a identificação de genes de susceptibilidade e marcadores biológicos da esquizofrenia (Lindemayer, 1994; Moldin, 1997).

Em uma abordagem categórica, os sujeitos são separados como tendo ou não um distúrbio, já, em uma abordagem dimensional, há ao menos três ou mais valores ou um continuum. (Angst, 2002; Kraemer, 2004)

Os critérios categóricos podem mascarar importantes dados sobre sintomas os quais são ignorados ou requerem uma abordagem de comorbidades. A abordagem dimensional pode complementar o diagnóstico categórico, explicando variações significativas dentro de uma mesma categoria diagnóstica (Bralet, 2002; Rosenman, 2002; Serreti, 1999; Ventura, 2000).

Diferentes pesquisas genéticas têm reforçado a necessidade de um melhor apuramento na identificação dos fenótipos, apontando para a necessidade de se encontrar um modelo diagnóstico que auxilie na pesquisa etiológica, apurando a classificação fenotípica e delineando características clínicas que diferenciem grupos clínicos e geneticamente distintos.

Esquizofrenia e Transtorno Bipolar têm sido consideradas entidades nosológicas distintas, porém uma revisão da epidemiologia genética, revela um grau de concordância entre as duas categorias, sugerindo que as mesmas possam compartilhar de mesmas suscetibilidades genéticas (Boteva, 2003; Gershon, 2000; Kendler, 2003; Schürhoff, 2003; Wildenauer, 1999).

Várias estratégias têm sido sugeridas para identificar subtipos de esquizofrenia, como: esquizofrenia tipo déficit, tipo Kraepeliniana, congênita (Roy, 2001; Bralet, 2002). Para cada uma delas, os pesquisadores associaram particularidades, como mês de nascimento, prognóstico pobre, familiaridade.

Lindemayer (1994), encontrou cinco dimensões válidas para psicoses, sendo três psicóticas: *positiva*, *negativa* e *excitação*, uma *cognitiva* e uma de humor: *disforia*. Cardno desenvolveu vários estudos nesta área. Em 1997, encontrou aumento do risco familiar de psicoses associado a probandos de altos escores nas dimensões *negativa*, *desorganizada*, *maníaca* e *depressiva*. Em 2001, fazendo uma análise fatorial dos sintomas psicóticos e afetivos do OPCRIT encontrou três dimensões: *maníaca*, *psicótica em geral* e *depressivo*. Posteriormente, na análise de 224 pares de gêmeos com diagnóstico de psicose, encontrou cinco categorias, quais sejam: *negativa*, *maníaca*, *depressiva*, *desorganizada* e *psicótica*

generalizada. Para todas as psicoses, havia uma alta carga familiar associada significativamente às dimensões maníaca e desorganizada e associação consistente com um efeito genético na dimensão desorganizada. Nas outras dimensões, a relação, embora presente, não era em índices significativos. Concluiu, sugerindo que as dimensões podem tanto influenciar na forma como a esquizofrenia se expressa, como representar diferentes etiologias. Van Os (1999), em análise fatorial de uma amostra de 706 pacientes com psicose crônica, utilizou o sistema OPCRIT para diagnóstico em toda a vida de doença e encontrou cinco dimensões: *positiva, negativa, desorganizada, depressiva e maníaca*. Ventura (2000), em uma amostra de 141 pacientes psicóticos esquizofrênicos, esquizoafetivos, esquizofreniformes e maníacos com menos de dois anos de início da doença, usando os 24 itens da escala BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale), encontrou quatro agrupamentos de sintomas quais sejam: *maníacos, negativos, positivos e depressão ansiosa (disforia)*. Mass (2000) em sua análise fatorial utilizando a escala PANSS em 253 pacientes com esquizofrenia encontrou cinco dimensões: de *excitamento hostil, negativa, cognitiva, positiva e depressiva*. Wickham (2001), acrescentando sintomas de humor em uma análise fatorial dos sintomas do OPCRIT, encontrou duas dimensões adicionais: *maníaca e depressiva*, além das três já estabelecidas: *agitação psicomotora, distorção da realidade e desorganização*. Pesquisou o grau de herdabilidade destas dimensões e encontrou que as dimensões *agitação psicomotora, desorganização e distorção da realidade* tinham forte influência familiar. Também as dimensões *agitação psicomotora, desorganização e distorção da realidade* estavam relacionadas a quatro variáveis: funcionamento pré-mórbido pobre, desemprego pré-mórbido, curso crônico e estado civil solteiro. O fator *desorganização* se mostrou significativamente associado às variáveis *estado civil solteiro e desemprego*.

Rosenman (2003) encontrou, numa amostra de 980 sujeitos psicóticos, cinco dimensões: *disforia, sintomas psicóticos positivos, sintomas negativos/desorganizados, mania e abuso de substâncias*. Comparou o valor prognóstico preditivo de medidas categóricas (diagnóstico pelo DSM III-R) com dimensionais. Encontrou uma vantagem das medidas dimensionais sobre as categóricas na explicação da variação do comportamento, na deterioração e no pior prognóstico. **Ver tabela 1**

Materiais e Métodos:

Sujeitos e Metodologia

A amostra deste estudo foi selecionada para participar do Estudo de Bases Moleculares da Esquizofrenia em População Portuguesa e Brasileira de forma consecutiva. Os pacientes somente foram incluídos quando, depois de informados dos objetivos e riscos do estudo, paciente e responsável assinaram sua anuência no termo de consentimento formulado para o estudo e aprovado pela Comissão de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Nenhum paciente ou responsável recusou-se a participar do estudo.

Foram recrutados 240 pacientes, juntamente com seus familiares, para serem submetidos à entrevista, de 3-5 horas de duração, com base em entrevista semi - estruturada, seguindo o roteiro do OPCRIT (OPERational CRITeria). Os entrevistadores são profissionais da área de saúde mental, com prática no atendimento de pacientes psicóticos e que receberam treinamento específico para o uso dos instrumentos pelo convênio Brasil – Portugal com complementação de dados pelos registros médicos e reuniões entre os pesquisadores e equipe de atendimento do Programa de Esquizofrenia do HCPA- Porto Alegre. Foi utilizado o critério de ocorrência em toda vida de sinais e sintomas (lifetime) pela flutuação dos sintomas ao longo da evolução da doença.

Após a entrevista os dados foram lançados no sistema diagnóstico OPCRIT, que compreende uma lista de sintomas construída a partir dos critérios operacionais das principais classificações psiquiátricas e é constituído de 90 itens que compreendem a psicopatologia, funcionamento pré-mórbido, história pessoal e familiar. Cada item é definido em glossário. O OPCRIT foi traduzido para o português pelo Serviço de Psicologia Médica, faculdade de Medicina, Coimbra e revisado pela Equipe do Programa de Esquizofrenia do HCPA. Azevedo, em 1996, validou a versão em língua portuguesa. Os resultados do check-list entram no programa OPCRIT e geram diagnósticos nas categorias de distúrbios afetivos e psicóticos de acordo com 13 classificações diferentes (Williams, 1996). Foram selecionados todos os pacientes que receberam o diagnóstico de esquizofrenia pelos critérios do DMIV e da CID 10 (n=122). Foram excluídos todos os pacientes com outros diagnósticos psiquiátricos, inclusive

distúrbios esquizofreniformes, distúrbio delirante e distúrbio esquizoafetivo pelo DSMIV e CID 10 (n=61), por discordância do diagnóstico CID 10 e DSMIV (n=2), bem como pacientes com história de uso abusivo ou dependência a substâncias psicoativas (n=55).

A amostra foi dividida de acordo com a presença de sintomas de humor em 3 subgrupos: (a) com sintomas de humor depressivos (CSHD), (b) com sintomas de humor maníaco (CSHM) e (c) com sintomas de humor misto (CSHMx).

O grupo CSHD foi definido através da presença obrigatória de uma de quatro alterações de humor dos seguintes itens OPCRIT: 36 (humor irritável); 37 (disforia); 38 (variação diurna do humor, pior de manhã); 39 (perda de prazer) e mais três sintomas da seguinte lista: OPCRITs 24 (atividade lentificada); 25(perda de energia/cansaço); 40(diminuição da libido); 41(dificuldade de concentração); 42(excessiva auto-culpabilização); 43(ideação suicida); 46(acordar precoce); 48(diminuição do apetite); 49(perda de peso); 69(delírios de culpa) e 70 (delírios de pobreza).

O grupo CSHM foi definido através da presença obrigatória de 1 de 3 alterações de humor dos seguintes itens OPCRIT: 35(elevação do humor); 36(humor irritável); 37(disforia) e mais três outros sintomas da seguinte lista OPCRITs: 19 (atividade excessiva); 20(atividade perigosa); 21(distratibilidade); 22(necessidade de sono reduzida); 23(atividade agitada); 30(pressão do discurso); 31(pensamentos acelerados); 53(aumento da sociabilidade); 56(aumento da auto-estima); 57(delírios de grandeza).

O grupo CSHMx foi definido através da presença obrigatória de uma das alterações de humor dos seguintes itens OPCRIT: 35(elevação do humor), 36(humor irritável); 37(disforia), 38 (variação diurna do humor, pior de manhã), 39 (perda de prazer) e mais três outros sintomas da seguinte lista: OPCRITs 19 (atividade excessiva); 20(atividade perigosa); 21(distratibilidade); 22(necessidade de sono reduzida); 23(atividade agitada); 24 (atividade lentificada); 25(perda de energia/cansaço); 30(pressão do discurso); 31(pensamentos acelerados); 35(elevação de humor); 36(humor irritável); 37(disforia); 38, variação diurna do humor, pior de manhã; 39, perda de prazer; 40(diminuição da libido); 41(dificuldade de concentração); 42(excessiva auto-culpabilização); 43(ideação suicida); 46(acordar precoce); 48(diminuição do apetite); 49(perda de peso); 53(aumento da

sociabilidade); 56(aumento da auto-estima); 57(delírios de grandeza); 69(delírios de culpa); 70(delírios de pobreza). **ver quadro 1**

Os dois grupos assim obtidos, CSH (dividido em subgrupos) e SSH, foram comparados com relação a três grupos de variáveis: demográficas (sexo, estado civil e idade), funcionamento pré-mórbido (distúrbio de personalidade prévio, adaptação social e ao trabalho, desemprego), clínicas (idade de início da doença, tempo de doença, curso e resistência à medicação) e herança familiar (de esquizofrenia, de outra doença psiquiátrica).

A descrição detalhada de cada uma das variáveis acima pode ser definida no glossário do sistema OPCRIT (McGuffin, 1991).

Análise Estatística

A análise estatística foi executada pelo programa estatístico Statistical Product and Services Solutions (SPSS) versão 10.0. A análise de variáveis quantitativas utilizou a Análise de Variância (ANOVA) para comparar os grupos. A análise de variáveis categóricas utilizou o teste exato de Fisher, para verificar associação com os grupos formados de acordo com os sintomas de humor. Na maior parte destas variáveis não poderia ser utilizado o teste qui-quadrado (distribuição assintótica) por ter valores esperados muito baixos em algumas categorias. Para as variáveis que mostraram associação com os grupos foi feita ainda uma análise de resíduos para verificar a tendência/forma da associação.

Resultados

A amostra final incluiu 122 casos, sendo 90 (73,8%) homens e 32 (26,2%) mulheres. A distribuição de gênero foi de 3 homens: 1 mulher. Nenhum indivíduo do sexo feminino foi incluído no grupo dos sem sintomas de humor. **ver gráfico e tabela 2**

Dos 122 pacientes, 107 (87,7%) apresentam sintomas de humor conforme definimos, sendo 22 (18%) do tipo depressivo, 4 (3,27%) do tipo maníacos e 81 (66,4%) do tipo misto. **ver gráfico 1**

As características da amostra em relação ao estado civil e idade estão descritas nas **tabelas 3 e 4**, respectivamente. 12,3% dos pacientes já foram casados e a média de idade é 34,4 anos (DP= 9,3), os valores se distribuindo mais em torno dos 35 anos, não sendo observada

diferença estatística entre os grupos. O grupo com sintomas maníacos apresenta a mais baixa média de idade, 25 anos, com mediana 23, bem como início mais precoce da doença, *ver tabelas 4 e 9*, 13,7 anos, com mediana de 15 anos, em contraste com os pacientes com sintomas de humor depressivo, 22,4 anos, com mediana de 18 anos.

A média de duração da doença é de 15,5 anos, com mediana de 14 anos. *ver tabela 10*

Com relação ao curso da doença, 55% dos pacientes eram classificados como com doença crônica contínua com deterioração. A maioria dos pacientes sem sintomas de humor (66,7%) pertence a este grupo, *ver tabelas 11 e 12*. Também, 12,3% dos pacientes não apresentavam resposta aos neurolépticos, sem associação com os sintomas de humor. *ver tabela 13*

Com relação ao ajustamento pré-mórbido ao trabalho e social, 57,37% e 59,8%, em cada uma das categorias, respectivamente, foram considerados com bom ajustamento. 52,7% eram desempregados a época do primeiro surto. *ver tabela 7*

Conforme o *gráfico 3*, os pacientes com história de distúrbio de personalidade pré-mórbido tenderam a pertencer ao grupo de sintomas de humor (do tipo misto) e tendem a não pertencer à categoria dos sem sintomas de humor (exato de Fisher: $P=0,016$).

Os pacientes sem sintomas de humor tendem a ter uma história familiar positiva para esquizofrenia ($p=0,027$), ao contrário dos sem história familiar que tendem a não pertencer a este grupo. *ver tabela 14 e gráfico 4*

Na amostra, 71,3% tinham história familiar de outra doença psiquiátrica, sem associação significativa com a presença de sintomas de humor. *ver tabela 13*

Discussão

A presença de sintomas depressivos em esquizofrenia já foi bem estabelecida (Cohen, 1996, Bressan 2003). Humor deprimido é comum em indivíduos que sofrem de esquizofrenia, freqüentemente descrito como originado da percepção do indivíduo de sua doença e de sua identidade social. A associação significativa do sexo feminino e presença de humor depressivo em pacientes esquizofrênicos também já foi sugerida na literatura (Emsley, 1999). Há diferenças clínicas entre os gêneros na esquizofrenia. Homens são usualmente descritos como tendo um início mais precoce de doença, pior funcionamento pré-mórbido, mais sintomas

negativos e cognitivos. Mulheres apresentariam mais sintomas afetivos, alucinações auditivas, delírios persecutórios e mais rápida resposta ao tratamento. (Leung, 2003). A hipótese mais aceita sobre as diferenças de gênero aponta para um efeito protetor do estrógeno nas mulheres, o que explicaria a ocorrência de uma forma mais grave e de início mais precoce de esquizofrenia em homens. Estas diferenças tendem a diminuir após 15 anos de evolução, porém com manutenção do mesmo nível de gravidade e de prevalência. (Häfner, 1999; Aleman, 2003; Seeman, 1997). Foram descritas várias hipóteses para explicar as diferenças sexuais nos pacientes esquizofrênicos: 1. o dimorfismo sexual da anatomia cerebral; 2. a alta incidência de injúria pré-natal em homens; 3. os efeitos diferentes dos estrógenos e testosterona no desenvolvimento cerebral e 4. a maior exposição ao álcool no sexo masculino. As mulheres teriam melhor aderência ao tratamento, resposta ao estresse social e acesso aos serviços de saúde.

Como a amostra do estudo é composta de pacientes com, em média, 15 anos de doença de um hospital universitário, podemos inferir que se constitua de casos mais graves e crônicos. No entanto, a maioria dos pacientes apresentava simultaneamente sintomas de humor (87,7%), independentemente da gravidade ou tempo de evolução. Tais sintomas não eram suficientes para preencher critérios do DSMIV para transtorno esquizoafetivo, porém suficientemente importantes para serem referidos em conjunto.

Alguns argumentam que o diagnóstico de transtorno esquizoafetivo não é estável e que não representa um final de um espectro de sintomas na esquizofrenia e nos transtornos de humor, mas um ponto intermediário e flutuante ao longo do continuum (Evans, 1999). Outros estudos têm sugerido que os subtipos de transtornos esquizoafetivos demonstram uma interrelação entre os transtornos de humor e esquizofrenia, apresentando o subtipo bipolar de transtorno esquizoafetivo mais características “afetivas” e o subtipo depressivo mais características tipo “esquizofrenia”(Gershon, 1998). Pelo DSMIV, quando mania ou depressão ocorrem durante o curso de esquizofrenia, existe a recomendação de cotação de transtorno de humor não especificado em outra seção.

A Depressão Unipolar é duas vezes mais freqüente em mulheres. Talvez a associação dos sintomas depressivos e gênero feminino em nossa amostra obedeça aos mesmos padrões

que na população em geral , reforçando a idéia de um continuum que vai dos transtornos de humor até ao que se define como esquizofrenia, com uma multiplicidade de quadros intermediários. Acredita-se que os distúrbios depressivos maiores tenham uma herdabilidade de, pelo menos, 40%, podendo haver diferenças entre este distúrbio em geral e na variação dos sintomas depressivos em psicoses.

Alguns autores apontam para uma correlação de sintomas depressivos e gravidade dos sintomas em pacientes esquizofrênicos (Zisook, 1999), outros sugerem que psicose e mania e/ou depressão seriam fenômenos que, quando sobrepostos em pacientes esquizofrênicos, seriam indicadores de curso mais favorável da doença (Harrow, 2000). Entretanto, não foi encontrada relação significativa entre presença de sintomas de humor e padrões de curso ou resposta ao tratamento em nossa amostra.

Os achados de estudos de ligação sugestivos de marcadores em comum em no que hoje se denomina transtorno bipolar e esquizofrenia em amostras familiares apontam para uma relação entre os dois distúrbios. O pior prognóstico pré mórbido no trabalho e história de transtorno de personalidade prévio em pacientes com sintomas de humor, em especial tipo misto, em nossa amostra , pode sugerir um grupo de indivíduos com mais prejuízo pela sobreposição de predisposição a alterações de humor e também a sintomas psicóticos. Porém, tal achado necessita de uma melhor investigação em uma amostra que inclua indivíduos atualmente classificados com outros quadros psicóticos (bipolar, esquizoafetivo, depressão psicótica).

Nosso estudo apresenta limitações, relacionadas ao tamanho da amostra. Além disto, o fato da amostra pertencer a um hospital universitário e centro de referência regional para tratamento de esquizofrenia, pode fazer com que a mesma apresente casos de apresentação mais grave ou inusitada e que não correspondam a características da população em geral.

Outra limitação do estudo se refere ao fato de que a história familiar era baseada em relatos de seus membros, e não no exame de cada familiar.

A presença de sintomas afetivos em psicoses é com frequência descrita na literatura como associada a história familiar de transtorno psiquiátrico e particularmente a transtornos afetivos. Entretanto, no nosso estudo, não encontramos associação significativa que pudesse

reforçar esta noção.

Conclusões:

A identificação de subpopulações de sujeitos pode ser de particular importância em estudos genéticos e farmacológicos das psicoses maiores, onde a homogeneidade é crucial. Devemos empreender esforços no sentido de diminuir a heterogeneidade dentro do diagnóstico das esquizofrenias, procurando modelos diagnósticos mais baseados na biologia, buscando a validação de endofenótipos, com a conseqüente revisão dos critérios diagnósticos correntes .

Nesta busca de identificação de endofenótipos, o uso de sistemas descritivos dimensionais em contraste com os sistemas categóricos descarta menos informação necessária para assegurar a qualidade do atendimento individual e retém a riqueza de detalhamento necessária para a compreensão das doenças psiquiátricas.

Assim, se forem confirmados os achados do presente estudo em outras populações com diferente background cultural e étnico, podemos considerar com maior firmeza a possibilidade de que as sub-síndromes depressivas, de humor misto e maníacas, identificadas no estudo, representem subgrupos de doenças de um continuum de psicoses, com a ocorrência de sintomas de humor em um extremo e a ausência desta no outro, e não mais entidades distintas, como o proposto desde Kraepelin (Angst, 2002). Em conseqüência, a própria dicotomia esquizofrenia-transtorno de humor pode ser reenquadrada como representante de extremos psicopatológicos de uma mesma doença, como estamos já acostumados a ver em diabetes tipo II, por exemplo, na qual a presença de neuropatia, obesidade, aterosclerose ou demência são considerados como subgrupos da mesma doença, e não uma doença essencialmente diferente.

Referências Bibliográficas

1. ABREU P. - Estudo de Fatores de Risco para Esquizofrenia. Tese de Doutorado em Clínica Médica, **UFRGS**,1995.
2. ALEMAN A, KAHN R, SELTEN JP. Sex differences in the risk of schizophrenia. **Arch Gen Psychiatry**, 60: 565-571, 2003.
3. ANDREASEN NC. Mood Disorders and Schizophrenia. **J Clin Psychiatry**, 16: 7-8, 1998.
4. ANGST, J. Historical aspects of the dichotomy between manic-depressive disorders and schizophrenia. **Schizophr Res**, 57 (9) 5-13, 2002.
5. AZEVEDO MHP, VALENTE J, MACEDO A, DOURADO A, COELHO I, PATO M, PATO C. Versão portuguesa da “entrevista diagnóstica para estudos genéticos”. **Psiquiatria Clínica**, 4: 213-217, 1993.
6. AZEVEDO MHP, SOARES MJ, COELHO I, DOURADO A, VALENTE J, MACEDO A, PATO M, PATO C. Using consensus OPCRIT diagnoses- an efficient procedure for best- estimate lifetime diagnoses. **Br J Psychiatry**, 175: 154-157, 1999.
7. BRALET MC, LOAS G, YON V, MARÉCHAL V. Clinical characteristics and risk factors for Kraepelinian subtype of schizophrenia: replication of previous findings and relation to summer birth. **Psychiatry Res**, 111: 147- 154, 2002.
8. BRESSAN R, CHAVES A, PILOWSKY L, SHIRAKAWA I, MARI JJ. Depressive episodes in stable schizophrenia: critical evaluation of the DSMIV and ICD-10 diagnostic criteria. **Psychiatry Res**, 117: 47-56, 2003.
9. CARDNO A, HOLMANS PA, HARVEY I. Factor-derived subsyndromes of schizophrenia and familial morbid risks. **Schizophr Res**, 23: 231-238, 1997.
10. CARDNO A, SHAM P, MURRAY R, MC GUFFIN P. Twin study of symptom dimension in psychoses. **Br Med J**, 179: 39-45, 2001.

11. COHEN CI, TALAVERA N, HARTUNG R. Depression among aging persons with schizophrenia who live in the community. **Psychiatry Serv**, 47: 601-607, 1996.
12. CRADDOCK M, ASHERSON P, OWEN MJ, WILLIAMS J, MCGUFFIN, FARMER AE. Concurrent validity of the OPCRIT diagnostic System. Comparison of OPCRIT diagnoses with consensus best-estimate diagnoses. **Br J Psychiatry**;16:58-63, 1996.
13. DESHPANDE S, MATHUR MNL, DAS SK, BHATIA T, SHARMA S, NIMGAONKAR VL. A hindi version of the diagnostic interview for genetic studies. **Scizophr Bulln**, 24: 489-493, 1998.
14. EMSLEY RA, OOSTHUIZEN PP, JOUBERT AF, ROBERTS MC, STEIN DJ. Depressive and anxiety symptoms in patients with schizophrenia and schizophreniform disorder. **J Clin Psychiatry**, 60: 747-751, 1999.
15. ESCAMILLA MA. Diagnosis and treatment of mood disorders that co-occur with schizophrenia. **Psychiatry Serv**, 52: 911-919, 2001.
16. FARMER AE, WILLIAMS J, JONES I. Phenotypic definitions of psychotic illness for molecular genetic research. **Am J Med Genet**, 54:365-371,1994.
17. FENTON W, MOSHER L, MATTHEWS S. Diagnosis of Schizophrenia: a critical review of current diagnostic systems. **Schizophr Bull**, 7: 452-476, 1981.
18. GERSHON ES, DE LISI LE, HAMOVIT J. A controlled family study of chronic psychoses. **Arch Clin Psychiatry**, 45: 328-336, 1988.
19. GERSHON ES. Bipolar Illness and Schizophrenia as oligogenic diseases: implications for the future. **Biol Psychiatry**, 47:240-244, 2000.
20. HÄFNER H, DER HEIDEN W, BEHRENS S, GATTAZ W, HAMBRECHT M, LÖFFLER W, MAURER K, MUNK-JORGENSEN P, NOWOTNY B, RIECHER-RÖSSLER A, STEIN A. Causes and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia. **Schizophr Bull**, 24: 99-113, 1998.
21. HARROW M, GROSSMAN LS, HERBENER ES, DAVIES EW. Ten year outcome: patients with schizoaffective disorders, schizophrenia, affective disorder and mood incongruent psychotic symptoms. **B J Psychiatry**, 177: 421-426, 2000.

22. KENDLER KS, KARKOWSKI LM, WALSH D. The structure of psychosis: latent class analysis of probands from the Roscommon Family Study. **Arch of Gen Psychiatry**, 55: 492-509, 1998.
23. KRAEMER H, NODA A, O'HARA R. Categorical versus dimensional approaches to diagnosis: methodological challenges. **J Psychiatric Reserch**, 38:17-25, 2004.
24. LEUNG A, CHUE P. Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. **Acta Psychiatr Scand**, 401: 3-38, 2000.
25. LINDENMAYER J P, BERSTEIN-HYMAN R, GROCHOWSKI S. Five- factor model of schizophrenia: initial validation. **J of Nervous and Mental Dis**, 182: 631-638, 1994.
26. MASS R, SCHOEMIG T, HITSCHFELD K, WALL E, HAASEN C. Psychopathological syndromes of schizophrenia: evaluation of the dimensional structure of the positive and negative syndrome scale **Schizophr Bull**, 26:167-177, 2000.
27. MCGUFFIN P, FARMER A, HARVEY I. A polydiagnostic application of operational criteria in studies of psychotic illness. Development and reliability of the OPCRIT system. **Arch Gen Psychiatry**;48:764-770,1991.
28. NURNBERG JR JI, BLEHAR M, KAUFMANN C, COOLER-YORK C, SIMPSON S, HARKAVY-FRIEDMAN J, SEVERE JB, MALASPINA D, REICH T AND COLS. Diagnostic interview for genetics studies: rationale, features and training. **Arch Gen Psychiatry**, 51:849-859, 1994.
29. ROSEMAN S, KORTEN A., MEDWAY, J. , EVANS, M. Dimensional vs. categorical diagnosis in psychosis. **Acta Psychiatr Scand**, 107: 378-384, 2003.
30. ROY M, MÉRETTE C, MAZIADÉ M. Subtyping schizophrenia according to outcome or severity: **Schizophr Bull**, 27(1): 115-138, 2001.
31. SEEMAN MV. Psychopathology in women and men: focus on female hormones. **Am J Psychiatry**, 154: 1641-1647, 1997.
32. SERRETI A, LATTUADA E, CUSIN C, SMERALDI E. Factor Analisis of Delusional Disorder Symptomatology. **Comprehensive Psychiatry**, 40(2):143-147, 1999.

33. SCHÜRNOFF F, SZÖKE A, MÉARY A, BELLIVIER F, ROUILLON F, PAULS D, LEBOYER M. Familial Aggregation of delusional proneness in schizophrenia and bipolar disorder. **Am J Psychiatry**, 160:1313-1319, 2003.
34. SOARES JM, DOURADO A, MACEDO A, VALENTE J, COELHO I, AZEVEDO MHP. Estudo de fidelidade da lista de critérios operacionais para doenças psicóticas. **Psiquiatria Clínica**, 18: 11-24, 1997.
35. VAN OS J, GILVARRY C, BALE R, VAN HORN E, TATTAN T, WHITE I, MURRAY R. A comparison of the utility of dimensional and categorical representations of psychosis. UK700 Group. **Psychol Med**, 29(3):595-606, 1999.
36. VENTURA J, NUECHTERLEIN K, SUBOTNIK K, GUTKIND, GILBERT,E. Symptom dimensions in recent-onset schizophrenia and mania: a principal components analysis of the 24-item Brief Psychiatric Rating Scale. **Psychiatry Res**, 97: 129-135, 2000.
37. WICKHAM H, WALSH C, ASHERSON P, TAYLOR C, SIGMUNDSON T, GILL M, OWEN MJ, MCGUFFIN P, MURRAY R, SHAM P. Familiality of symptom dimensions in schizophrenia. **Schizophr Res**, 47:223-232, 2001.
38. WILDENAUER D, SCHWAB S, MAIER W, DETERA-WADLEIGH SD. Do schizophrenia and affective disorder share susceptibility genes? **Schizophr Res**, 39: 107-111, 1999
39. WILLIAMS J, FARMER AE, ACKENHEIL M, KAUFMANN CA, MCGUFFIN P. A multicentre inter-rater reliability study using the OPCRIT computadorizad diagnostic system. **Psychol Med**; 26:775-783, 1996.
40. ZISOOK S, MC ADAMS L, KUCK J, HARRIS J, BAILEY A, PATTERSON T, JUDD L, JESTE D. Depressive symptoms in schizophrenia. **Am J Psychiatry**, 156:1736-1743, 1999.

Quadro 1: Sintomas Básicos dos Subtipos de Humor em Esquizofrenias

CSHD: humor irritável; disforia; variação diurna do humor, pior de manhã; perda de prazer

CSHM: elevação do humor, humor irritável, disforia

CSHMx: elevação do humor, humor irritável; disforia; variação diurna do humor, pior de manhã; perda de prazer.

AUTOR	N	DIMENSÕES							
		Positiva	Negativa	Desorganizada	Maniaca	Depressiva	Psicomotora	Disfórica	Outras
Liddle, 1987	40	X		X			X		
Lindenmayer, 1994	240	X	X				X	X	Cognitiva
Cardno, 1997	97		X	X	X	X			
Cardno, 1999	109	X	X	X					Primeiro ranck
Cardno, 1999	109	X	X	X					
Van Os, 1999	706	X	X	X	X	X			
Ventura, 2000	141	X	X		X			X	
Mass, 2000	253	X	X			X	X		Cognitiva
Cardno, 2001	224	X	X	X	X	X			
Wickhan, 2001	155	X		X	X	X	X		
Rosenman, 2003	980	X	X	X	X			X	Abuso de substância

Tabela 1: Síntese dos estudos fatoriais em psicoses com as dimensões encontradas

VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS

Tabela 2: Sexo

Sexo ¹	CSHD ² N (%)	CSHM ³ N (%)	CSMx ⁴ N (%)	SSH ⁵ N (%)	Total N (%)
Masculino	14 (11,47%)	3 (2,45%)	58 (47,54%)	15 (12,29%)	90 (73,78%)
Feminino	8 (6,55%)	1 (0,81%)	23 (18,85%)	0	32 (26,22%)
Total	22 (18,02%)	4 (3,26%)	81 (66,39%)	15 (12,29%)	122

¹ Exato de Fisher: P=0,039, onde as pessoas sem sintomas de humor eram de predominância masculina. Não há diferença entre os demais.

² CSHD= Com sintomas de humor depressivo

³ CSHM= Com sintomas de humor maníaco

⁴ CSHMx= com sintomas de humor misto

⁵ SSH=sem sintomas de humor

Tabela 3: Estado civil

Estado Civil	CSHD ¹ N (%)	CSHM ² N (%)	CSMx ³ N (%)	SSH ⁴ N (%)	Total N (%)
Casado	3 (2,45%)	0	11 (9,01%)	1 (0,81%)	15 (12,29%)
Solteiro	19 (15,57%)	4 (3,27%)	70 (57,37%)	14 (11,47%)	107 (87,70%)
Total	22 (18,03%)	4 (3,27%)	81 (66,40%)	15 (12,29%)	122

¹CSHD= Com sintomas de humor depressivo

²CSHM= Com sintomas de humor maníaco

³CSHMx= com sintomas de humor misto

⁴SSH=sem sintomas de humor

Tabela 4: Idade

Idade	CSHD	CSHM	CSMx	SSH	Total
Média	36,1	25	34,89	35,17	34
Mediana	34	23	35	38	35
Desvio Padrão	12	9,31	8,83	10,21	9,35

Anova: P=0,214, onde não foi observada diferenças estatisticamente diferentes

¹CSHD= Com sintomas de humor depressivo

²CSHM= Com sintomas de humor maníaco

³CSHMx= com sintomas de humor misto

⁴SSH=sem sintomas de humor

FUNCIONAMENTO PRÉ- MÓRBIDO

Tabela 5: Distúrbio Personalidade Pré-mórbido

Distúrbio de Personalidade Pré-mórbido ¹	CSHD ² N (%)	CSHM ³ N (%)	CSMx ⁴ N (%)	SSH ⁵ N (%)	Total
Ausente	16 (13,1%)	2 (1,63%)	45 (36,88%)	14 (11,48%)	77 (63,11%)
Presente	6 (4,9%)	2 (1,63%)	36 (29,5%)	1 (0,82%)	45 (36,88%)
Total	22 (18,03%)	4 (3,27%)	81 (66,40%)	15 (12,29%)	122

¹P value = 0,016

Tabela 6: Adaptação Pré- mórbida ao Trabalho e Social

Ajustamento Pré-mórbido		CSHD N (%)	CSHM N (%)	CSMx N (%)	SSH N (%)	Total N (%)
Trabalho ¹	Bom	17 (13,9)	3 (2,45)	43 (35,3)	10 (8,2)	73 (60,0)
	Mau	5 (4,1)	1 (0,81)	38 (31,1)	5 (4,1)	49 (40,0)
Total		22 (18,03)	4 (3,27)	81 (66,4)	15 (12,3)	122
Social ²	Bom	16 (13,1)	3 (2,45)	41 (33,6)	10 (8,2)	70 (57,4)
	Mau	6 (4,91)	1 (0,81)	40 (32,8)	5 (4,1)	52 (42,6)
TOTAL		22 (18,03)	4 (3,27)	81 (66,4)	15 (12,3)	122(100)

¹ P value = 0,171² P value = 0,209**Tabela 7: Empregados na Época do Início da Doença**

Trabalho	CSHD N (%)	CSHM N (%)	CSMx N (%)	SSH N (%)	Total
Desempregado	7 (5,73%)	1 (0,81%)	49 (40,16%)	7 (5,73%)	64 (52,45%)
Empregado	15 (12,29%)	3 (2,45%)	32 (26,22%)	8 (6,55%)	58 (47,54%)
Total	22 (18,03%)	4 (3,27%)	81 (66,40%)	15 (12,29%)	122

P value = 0,055

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Tabela 8: Idade de Início

Idade de início	CSHD	CSHM	CSMx	SSH	Total
Média	22,37	13,67	19,15	20	19,67
Mediana	18	15	18	18	18
Desvio Padrão	11,27	10,06	6,07	5,80	7,38

Kruskal-Wallis: p=0,574. Não há evidências de que as idades médias de início sejam diferentes.

Tabela 9: Tempo de doença

Tempo de doença	CSHD	CSHM	CSMx	SSH	Total
Média	13,67	12,33	15,66	18,89	15,50
Mediana	10,50	15	14	20	14
Desvio Padrão	11,67	10,26	8,63	7,89	9,18

Anova: p=0,515. Não há evidências de que o tempo da doença seja diferente.

Tabela 10: Curso da doença

Curso da Doença	CSH N (%)	SSH N (%)	Total N (%)
Episódio único com Boa Recuperação	2 (1,64%)	0	2 (1,64%)
Episódios múltiplos com Boa Recuperação Entre Eles	3 (2,45%)	1 (0,82%)	4 (3,27%)
Episódios múltiplos com Recuperação Parcial	17 (13,9%)	1 (0,82%)	18 (14,75%)
Doença Crônica Contínua	27 (22,13%)	2 (1,64%)	29 (23,78%)
Doença Crônica Contínua com Deterioração	57 (46,7%)	10 (8,2%)	67 (54,91%)
Total	106 (86,89%)	14 (11,48%)	120

P = 0,484

Tabela 11 resumida: Curso da doença

Curso da Doença	CSH N (%)	SSH N (%)	Total N (%)
Intermitente	22 (18,3%)	2 (1,67%)	24 (20%)
Contínua	84 (70%)	12 (10%)	96 (80%)
Total	106 (88,3%)	14 (11,7%)	120

$\chi^2=0,32$
p= 0,569

Tabela 12: Resposta ao neuroléptico

Resposta ao Neuroléptico	CSHD N (%)	CSHM N (%)	CSMx N (%)	SSH N (%)	Total N (%)
Não	5 (4,1%)	2 (1,64%)	7 (5,73%)	2 (1,64%)	15 (12,29%)
Sim	17 (13,9%)	2 (1,64%)	74 (60,6%)	13 (10,6%)	107 (87,70%)
Total	22 (18,03%)	4 (3,27%)	81 (66,40%)	15 (12,29%)	122

p= 0,061

HISTÓRIA FAMILIAR

Tabela 13

História Familiar		CSHD N (%)	CSHM N (%)	CSMx N (%)	SSH N (%)	Total
Esquizofrenia ¹	Não	18 (14,9)	2 (1,65)	59 (48,77)	6 (4,96)	85 (70,24)
	Sim	4 (3,3)	2 (1,65)	21 (17,35)	9 (7,44)	36 (29,75)
	Total	22 (18,18)	4 (3,3)	80 (66,11)	15 (12,4)	121(100)
Outra Doença Mental ²	Não	8 (6,7%)	0	23 (18,9)	4 (3,27)	35 (28,7)
	Sim	14 (11,5%)	4 (3,27)	58 (47,5)	11 (9,01)	87 (71,4)
	TOTAL	22 (18,03)	4 (3,27)	81 (66,4)	15 (12,3)	122(100)

¹P value = 0,027

²P value = 0,624

Gráfico 1: Distribuição dos sintomas de humor na amostra

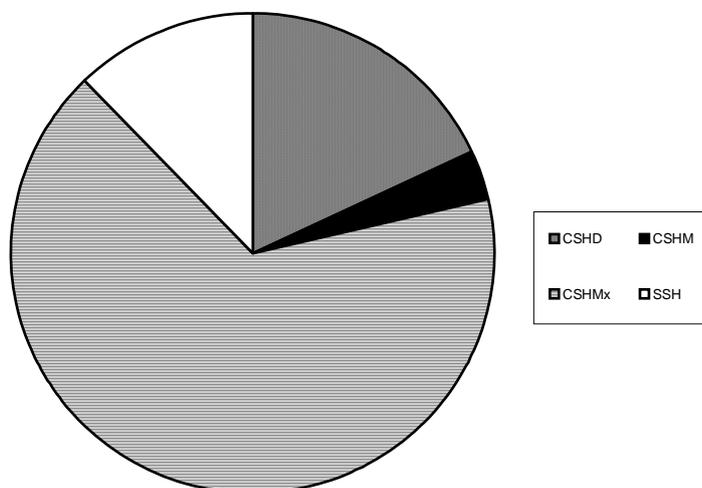


Gráfico 2: Distribuição por sexo

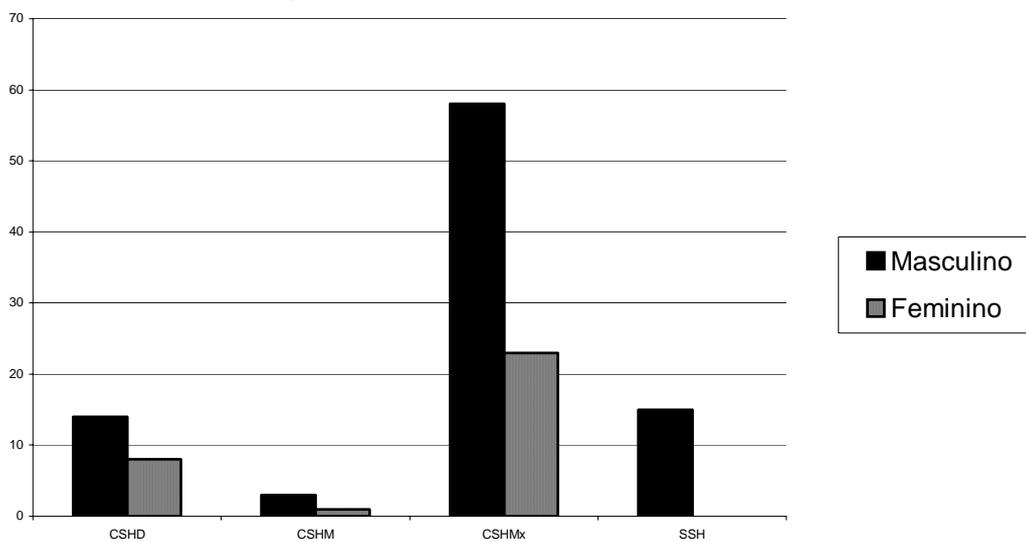


Gráfico 3: Distúrbio Pré Mórbido de Personalidade: p=0,016

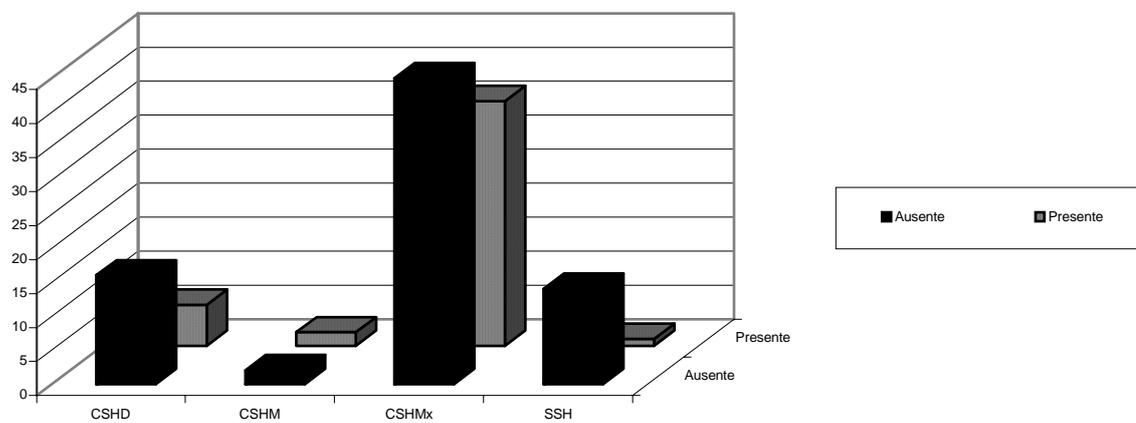
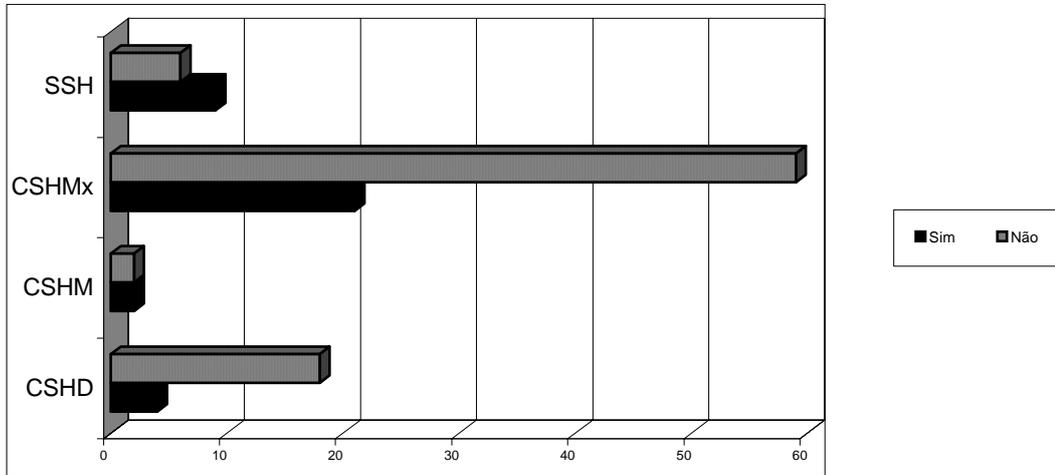


Gráfico 4: História Familiar de Esquizofrenia: $p= 0,027$



ANEXOS

ANEXO 1

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA ESQUIZOFRENIA DSM IV

- A. Sintomas característicos: dois (ou mais) dos seguintes, cada qual presente por uma porção significativa de tempo durante o período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso):
- (1) delírios
 - (2) alucinações
 - (3) discurso desorganizado (por ex., freqüente descarrilamento ou incoerência)
 - (4) comportamento amplamente desorganizado ou catatônico
 - (5) sintomas negativos, isto é, embotamento afetivo, alogia ou avolição

Nota: Apenas um sintoma do critério A é necessário se os delírios são bizarros ou as alucinações consistem de vozes que comentam o comportamento ou os pensamentos da pessoa, ou duas ou mais vozes conversando entre si.

- B. Disfunção social/ocupacional: Por uma porção significativa do tempo desde o início da perturbação, uma ou mais áreas importantes do funcionamento, tais como trabalho, relações interpessoais ou cuidados pessoais, estão acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início (ou, quando o início dá-se na infância ou adolescência, fracasso em atingir o nível esperado de aquisição interpessoal, acadêmica ou ocupacional).

- C. Duração: Sinais contínuos da perturbação persistem por pelo menos seis meses. Este período de seis meses deve incluir pelo menos um mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que satisfazem o critério A (isto é, sintomas da fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. Durante esses períodos prodrômicos ou residuais, os sinais da perturbação podem ser manifestados apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas relacionados no critério A presentes de uma forma atenuada (por exemplo: crenças estranhas, experiências perceptuais incomuns).

- D. Exclusão de transtorno esquizoafetivo e transtorno do humor: o transtorno esquizoafetivo e o transtorno do humor com aspectos psicóticos foram descartados, porque (1) nenhum episódio depressivo maior, maníaco ou misto ocorreu concomitantemente aos sintomas da fase ativa; ou (2) se os episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve relativamente à duração dos períodos ativo e residual.

- E. Exclusão de substância/condição médica geral: a perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo: uma droga de abuso, um medicamento) ou a uma condição médica geral.

F. Relação com um transtorno invasivo do desenvolvimento: Se existe uma história de transtorno autista ou um outro transtorno invasivo do desenvolvimento, o diagnóstico adicional de esquizofrenia é feito apenas se delírios ou alucinações proeminentes também estão presentes por pelo menos um mês (ou menos, se tratados com sucesso).

Classificação do curso longitudinal (pode ser aplicada apenas um mês após o aparecimento inicial dos sintomas da fase ativa):

Episódico com sintomas residuais entre episódios (episódios são definidos pelo ressurgimento de sintomas psicóticos proeminentes); especificar também se:

- com sintomas negativos proeminentes,
- episódico sem sintomas residuais entre episódios,
- contínuo (sintomas psicóticos proeminentes estão presentes durante todo o período de observação); especificar também se: com sintomas negativos proeminentes,
- episódio único em remissão parcial; especificar também se: com sintomas negativos proeminentes,
- episódio único em remissão completa,
- outro padrão ou padrão inespecífico.

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO APÓS-INFORMAÇÃO

Esta folha informativa tem o objetivo de fornecer a informação mínima para sujeito e seus responsáveis, considerando participar neste estudo. Ela não elimina a necessidade do pesquisador de explicar, e se necessário, ampliar as informações nela contidas.

I. SEÇÃO INFORMATIVA (ler pausadamente para paciente e responsável)

Antes de participar deste estudo, gostaríamos que vocês tomassem conhecimento do que ele envolve. Damos abaixo alguns esclarecimentos sobre dúvidas que vocês possam ter.

Em caso de qualquer outra dúvida quanto ao estudo, o que ele envolve e sobre os seus direitos, você deverá contatar o(a) Dr(a). pelo telefone (.....)-.....-.....

Qual o objetivo desta pesquisa?

Neste estudo realizaremos uma pesquisa para verificar através de um método de análise genética a relação entre tipos de alterações de genes e Esquizofrenia. A coleta de sangue pode apresentar algum desconforto como sangramento e dor no local de picada. O material será armazenado sem menção do nome da pessoa, através de um código, e está sujeito a todas as leis sobre material genético.

EM RELAÇÃO AO EXAME GENÉTICO:

O que é o Exame Genético de Polimorfismos?

O Exame Genético de Polimorfismo é um exame no qual é retirada uma quantidade de 10 ml. De sangue (equivalente a duas colheres de sopa) com agulha descartável e frasco esterilizado. Posteriormente é feita a separação do DNA (ácido desoxirribonucléico) e RNA (Ácido Ribonucléico) para a separação de pequenos pedaços que formam o código para construção de proteínas do corpo humano.

Quais os riscos em participar?

Assim como qualquer exame Médico, há riscos imprevistos, mas ainda não foram descritos efeitos danosos causados pela coleta de 10 ml de sangue.

O que acontecerá neste estudo?

A coleta de sangue será feita por pessoa treinada, com material esterilizado, e agulhas descartáveis. Este material será armazenado, e após processado para separação dos componentes da carga de substâncias que formam a base da informação para construção do corpo humano, os genes. O material será armazenado de forma sigilosa, no Laboratório de Genética e Biologia Molecular da UFRGS, por tempo determinado pelo estudo; e depois jogado fora. Durante o procedimento o paciente permanece deitado com o braço estendido, devendo ficar imóvel por cerca de 2 minutos. Será feita uma medida de sinais vitais no início e no final do exame. Haverá um total de 2 avaliações. Na primeira visita, um Médico da nossa equipe fará um breve exame físico e fará uma entrevista padronizada (Instrumento diagnóstico para estudos genéticos – DIGS). Após, será tomada a pressão, pulso e retirada uma amostra de 10 ml. de sangue. A maioria das perguntas será sobre como _____(nome) está se sentindo.

Itens importantes:

Vocês têm a liberdade de desistir do estudo a qualquer momento, sem precisar fornecer um motivo. Se a qualquer momento você se sentir pior, ou contrair qualquer doença, informem um dos médicos responsáveis (Dr. Paulo Belmonte de Abreu). Se o exame não parecer ideal ou tolerável para vocês, ele pode ser interrompido. Vocês serão comunicados sobre qualquer nova informação, quando esta se tornar disponível, durante o estudo que possa afetar a sua disposição de continuar.

O que nós ganhamos deste estudo?

Vocês poderão receber alguns benefícios por participar deste estudo. Vocês poderão se beneficiar por ter identificado eventualmente um problema que antes não era identificado, e que poderá ter um tratamento superior e mais específico. Vocês também poderão beneficiar uma população grande de pessoas que não utiliza este exame por falta de melhor padronização. No entanto, não podemos prometer. Por fim, a sua participação poderá ajudar no desenvolvimento de um novo método diagnóstico que poderá eventualmente beneficiar vocês e outras pessoas que enfrentam problemas semelhantes.

Quais são os nossos direitos?

Os pesquisadores do Serviço de Psiquiatria e os representantes das autoridades competentes de Pesquisa podem necessitar examinar os registros médicos a fim de verificar as informações para o objetivo deste estudo. No entanto, os registros médicos serão sempre tratados confidencialmente.

Os resultados deste estudo poderão ser enviados para publicação em revistas científicas. Vocês não serão identificados por nome. Embora não seja esperado que vocês venham a sofrer qualquer problemas de saúde pela participação neste estudo, vocês poderão contar com os serviços CAPA para problemas de saúde que possam surgir. Vocês não precisam provar que a culpa é de terceiros, se surgir qualquer problema devido ao teste, _____ será imediatamente avaliado.

Sua participação no estudo é voluntária, de forma que, caso vocês decidam não participar, isto não afetará o tratamento normal ao qual você tem direito.

II. TERMO DE CONSENTIMENTO APÓS INFORMAÇÃO

1. Concordamos total e voluntariamente em fazer parte deste estudo.
2. Recebemos uma explicação completa do objetivo do estudo, dos procedimentos envolvidos e o que se espera de nossas pessoas. O Médico explicou os possíveis problemas que podem surgir em consequência da participação neste estudo.
3. Informamos ao Médico sobre todos os medicamentos e drogas que _____ tomou nas últimas 24 horas e medicamentos que o mesmo ainda está tomando.
4. Estamos cientes de que temos total liberdade de desistir do estudo a qualquer momento e que esta desistência não irá, de forma alguma, afetar tratamentos ou administração médica futura. Concordo em cooperar inteiramente com o médico supervisor e a informá-lo imediatamente caso venha a sofrer quaisquer sintomas inesperados ou anormais.
5. Estamos cientes de que a informação nos registros médicos de _____ é essencial para a avaliação dos resultados do estudo. Concordamos em liberar esta informação sob o entendimento de que ela será tratada confidencialmente.
6. Estamos cientes que o material genético extraído será armazenado de forma sigilosa no Laboratório de Genética e Biologia Molecular da UFRGS, no Campus agronomia desta mesma Universidade.

7. Estamos cientes de que não seremos referidos por nome em qualquer relatório relacionado a este estudo. Da nossa parte, não devemos restringir, de forma alguma, o uso dos resultados que possam surgir deste estudo.

Ass:

_____ Ass: _____

Nome do Paciente: _____ Nome do Médico Coordenador: _____

Data: _____ Data: _____

Ass: _____

Nome do Familiar Responsável pelo Paciente: _____

Data: _____

ANEXO 3

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA PARA ESTUDOS GENÉTICOS/ NIMH (Diagnostic Interview for Genetic Studies - DIGS)

Ana M. Dourado, António F. de Macedo, Carlos Pato, Isabel Coelho, José Marques Valente, Maria Helena de Azevedo, Michele Pato

ID DA PESSOA -
AMOSTRA (I / F / T): _____

LOCALIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA: _____

NOME DA PESSOA: _____

APELIDO: _____

PARENTESCO COM O PROBANDO: _____

DATA DA ENTREVISTA: - -
Dia Mês Ano

INICIAL OU RETESTE: I R
PESSOAL OU TELEFONE: P T

NOME DO AVALIADOR: _____

Nº DO AVALIADOR

HORA INICIO/FIM: _____ : / _____ : _____ TEMPO TOTAL _____ : _____
hr. min. hr. min. #hr. : #min.

VERSÃO 2.0, 20 - Janeiro - 95

CONTEÚDOS

NOME DA SEÇÃO

PÁGINA

- A. DEMOGRAFIA -----
- B. HISTÓRIA MÉDICA -----
- E. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS -----
- F. DEPRESSÃO MAIOR -----
- G. MANIA/HIPOMANIA -----
- H. DISTÍMIA/PERSONALIDADE DEPRESSIVA/HIPERTÍMICA -----
- I. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL -----
- J. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE DROGAS -----
- K. PSICOSES -----
- M. ENTREVISTA ESTRUTURADA MODIFICADA PARA ESQUIZOTIPIA (CENTROS ESQUIZOFRENIA) -----
- N. AVALIAÇÃO DA CO-MORBIDADE -----
- O. COMPORTAMENTO SUICIDA -----
- U. ESCALA DE AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS NEGATIVOS (EASN) -----
- V. ESCALA DE AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS POSITIVOS (EASP) -----
- W. COTAÇÕES EEE (CENTROS ESQUIZOFRENIA) -----
- X. AVALIAÇÃO DA FIDELIDADE PELO ENTREVISTADOR -----
- Y. SUMÁRIO NARRATIVO -----

ENTREVISTADOR: Se em qualquer ponto durante a entrevista, parece que o estado mental do sujeito Interfere com sua capacidade para fornecer informação precisa, passar para o Exame do Estado Mental Modificado (página 13).

A. DADOS DEMOGRÁFICOS

1. ENTREVISTADOR: Colocar circulo no código do sexo
- | | |
|-------------|------------|
| <u>Masc</u> | <u>Fem</u> |
| 0 | 1 |
2. Qual a sua data de nascimento?
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Dia | Mês | Ano |
| | <u>NÃO</u> | <u>SIM</u> |
| | 0 | 1 |
| | | <u>DES</u> |
| | | D |
3. Foi adotado?

(SE SIM:) Clarificar natureza da adoção. (Ver Manual para mais informação.) _____

4. Em que país nasceu? **Registrar a resposta:** _____
5. Qual é o grupo étnico e a naturalidade dos seus pais biológicos? _____

ENTREVISTADOR: Cotar até quatro etnias do lado materno e paterno se possível.

Registrar resposta:

Mãe _____

Pai _____

- | | | |
|--|--|--|
| | <u>MÃE</u> | <u>PAI</u> |
| 01 = Anglo-Saxónicos | | |
| 02 = Norte Europeu (i.e., Noruegueses) | 5.a) <input type="text"/> <input type="text"/> | 5.e) <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 03 = Oeste Europeu (i.e., Franceses, Alemães) | | |
| 04 = Este Europeu, Eslavo | | |
| 05 = Russo | | |
| 06 = Mediterrânico | 5.b) <input type="text"/> <input type="text"/> | 5.f) <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 07 = Judeu Ashkenazi | | |
| 08 = Judeu Sefardita | | |
| 09 = Hispânico (não Porto Riquenho) | | |
| 10 = Hispânico Porto Riquenho | 5.c) <input type="text"/> <input type="text"/> | 5.g) <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 11 = Mexicano Hispânico | | |
| 12 = Asiático | | |
| 13 = Árabe | | |
| 14 = Nativo Americano/Nativo do Alasca | 5.d) <input type="text"/> <input type="text"/> | 5.h) <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 15 = Americano Africano, não de Origem Hispânica | | |
| 16 = Outra, Especificar: _____ | | |
| 17 = Brasil | | |
| 18 = Africano 19 = Açores 20 = Corvo 21 = Faial 22 = Flores 23 = Graciosa 24 = Pico 25 = Santa Maria 26 = S. Jorge | | |
| 27 = S. Miguel 28 = Terceira 29 = Madeira 30 = Portugal Continental D = Desconhecido | | |

6. Qual foi a sua religião de infância?
- 1 = Católico 2 = Protestante 3 = Judeu 4 = Muçulmano 5 = Sem religião
- 6 = Outra, Especifique: _____

7. Qual é o seu estado civil actual?
- 1 = Casado 2 = Separado 3 = Divorciado 4 = Viúvo 5 = Nunca casou

7.a) (SE ALGUMA VEZ CASOU:) Quantas vezes foi legalmente casado?

CASAMENTOS

B. ANTECEDENTES MÉDICOS

ENTREVISTADOR: Quando a informação de registos médicos poder ser relevante para a condição psiquiátrica, registar nome do médico, nome do hospital, cidade, e datas de tratamento no modelo de Informação da História Médica no final da entrevista.

1. Alguma vez teve quaisquer doenças físicas graves ou problemas médicos? NÃO SIM DES
0 1 D

(SE SIM:) Especifique: _____

2. Quantas vezes esteve internado no hospital incluindo operações? VEZES

ENTREVISTADOR: Excluir doenças psiquiátricas ou abuso de drogas e gravidezes

Ano	Nº noites no hospital	Descrição dos Problemas	Nome do Hospital	Localização do Hospital
-----	-----------------------	-------------------------	------------------	-------------------------

2.a) _____

3. Teve qualquer das seguintes doenças:

	NÃO	SIM	ANO DE INÍCIO	NOTAS
3.a) Tiróide ou Outras Doenças Hormonais?	0	1	_____	_____
(SE SIM:)				
3.a.1) Hipertiroidismo	0	1	_____	_____
3.a.2) Hipotiroidismo	0	1	_____	_____
3.a.3) Bócio	0	1	_____	_____
3.a.4) Cushing	0	1	_____	_____
3.b) Enxaqueca, Migraine?	0	1	_____	_____
3.c) Úlceras ou Outras Doenças Intestinais?	0	1	_____	_____
(SE SIM:)				
3.c.1) Úlceras Pépticas	0	1	_____	_____
3.c.2) Doença de Crohn	0	1	_____	_____
3.c.3) Colite Ulcerosa	0	1	_____	_____
3.d) Deficiência Vitamínica?	0	1	_____	_____
3.e) Dificuldade de Aprendizagem/Hiperactividade?	0	1	_____	_____
3.f) Meningite/Outras Doenças Cerebrais?	0	1	_____	_____
3.g) Doença de Parkinson/Outras Doenças motoras?	0	1	1	_____
3.h) Esclerose Múltipla?	0	1	_____	_____
3.i) Doença de Huntington?	0	1	_____	_____
3.j) A.V.C.?	0	1	_____	_____
3.k) Epilepsia/Convulsões/ Ataques?	0	1	_____	_____
(SE SIM:)				

3.k.a.) Quantas vezes teve uma convulsão? Nº VEZES

3.k.b.) Que idade tinha a primeira vez? IDADE

3.k.c.) Foi encontrada uma causa para o(s) ataque(s)? NÃO SIM
0 1

(SE SIM:) Especifique: _____

	NÃO	SIM	ANO DE INÍCIO	NOTAS
3.1) Traumatismos cranianos graves?	0	1	_____	_____

(SE SIM:)

- 3.1.a.) Quantas vezes teve um traumatismo craniano grave? Nº VEZES
- 3.1.b.) Perdeu a consciência? NÃO SIM
0 1
- (SE SIM:) Especifique durante quanto tempo MINUTOS OU DIAS
- 3.1.c.) Que idade tinha? IDADE

ENTREVISTADOR: Cote a idade do primeiro episódio de perda de consciência, se houve mais de um traumatismo.

4. Alguma vez efetuou qualquer dos seguintes exames:

	<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>	<u>ANO</u>	<u>RAZÃO E RESULTADOS</u>
4.a) E.E.G./"Teste das sondas cerebrais"	0	1		
4.b) Tomografia Computadorizada - C.E.	0	1		
4.c) Ressonância Magnética - C.E.	0	1		

5. Atualmente está a tomar alguma medicação (incluindo aspirina e contraceptivos orais)?

NÃO SIM
0 1

(SE SIM:) Especificar medicação, dose e duração:

Medicação	Dose diária	Duração do consumo
.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SEMANAS
.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SEMANAS
.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SEMANAS

6. O seu parto e desenvolvimento infantil foi de algum modo anormal?

NÃO SIM DES
0 1 D

(SE NÃO, PASSE PARA P 7)

..... NÃO
..... SIM

9. Alguma vez notou alterações regulares do humor no Período pré-menstrual ou menstrual?

NÃO SIM DES
0 1 D

E. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

1. Alguma vez teve quaisquer problemas nervosos ou um

Período em que não se sentisse ou comportasse como lhe era habitual?

NÃO SIM DES
0 1 D

2. Alguma vez procurou algum profissional por problemas emocionais, nervosos, ou pela maneira como se sentia ou agia?

0 1 D

(SE SIM:)

2.a) Que idade tinha quando pela primeira vez procurou alguém por (**Problema emocional**)?

IDADE

2.b) Estava empregado nessa altura?

NÃO SIM DES
0 1 D

3. Houve alguma vez um Período de tempo em que não estivesse capaz de trabalhar, ir à escola, ou cuidar

de outras responsabilidades por razões psiquiátricas ou emocionais? 0 1
D

6. Alguma vez foi internado num hospital devido a problemas com o seu humor, emoções, ou de como estava a agir? NÃO SIM DES
0 1
D

(SE SIM:)

HOSPITALIZAÇÕES

6.a) Quantas vezes?

8. Por favor fale-nos mais acerca desses períodos de que acabamos de falar

F. DEPRESSÃO MAIOR

Agora vou fazer-lhe algumas perguntas acerca do seu humor:

	NÃO	SIM	DES
1. Alguma vez teve um Período de pelo menos uma semana em que se sentiu incomodado a maior parte do dia, quase todos os dias, por sentir-se deprimido, triste, em baixo, desanimado?	0	1	D
1.a) (SE NÃO:) Por sentir-se irritável?	0	1	D
2. Alguma vez teve um Período de pelo menos uma semana em que nada lhe dava prazer, mesmo coisas que habitualmente gostava de fazer?	0	1	D

SE NÃO A 1 - 2, PASSAR PARA MANIA/HIPOMANIA (PÁGINA 37)

	NÃO	HUMOR DEP	ANE- DÓNIA	DES
	0	1	2	D
3. Tem-se sentido dessa maneira recentemente (i.e., durante pelo menos uma semana durante o último mês)? (SE SIM: ENTREVISTADOR: Determine se apenas humor depressivo ou anedónia.)				
3.a) (SE SIM:) Durante quanto tempo se sentiu dessa maneira?			SEMANAS	
			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

4. Lembre-se do Período mais grave da sua vida em que se sentiu deprimido, ou incapaz de ter prazer nas coisas.

Quando é que ele começou?

DIA

MÊS

ANO

Registar resposta: _____

4.a) ENTREVISTADOR: Registe idade.

IDADE

4.b) Quanto tempo durou esse Período?

SEMANAS

4.c) ENTREVISTADOR: Cotar para humor deprimido e/ou anedónia.

HUMOR DEP	ANE- DÓNIA	DES
1	2	D

5. ENTREVISTADOR: É o episódio actual também o mais grave?

NÃO	SIM
0	1

ENTREVISTADOR: Se o episódio actual é também o mais grave, cotar somente o episódio na coluna Mais Grave. Se o actual não é o episódio mais grave completar Primeiro o Episódio Atual.

Durante o episódio mais grave:

6. Perdeu o apetite ou o seu apetite aumentou muito?

EPISÓDIO MAIS GRAVE
0 = Não
1 = Sim, diminuíu

<p>6.a) Perdeu/aumentou de peso sem querer? (SE SIM:)</p> <p>6.b) Qual era o seu peso <u>antes</u> do aumento/perda?</p> <p>6.c) Qual era o seu peso <u>depois</u> do aumento/perda?</p> <p>6.d) Em quanto tempo perdeu/aumentou essa quantidade de peso?</p> <p>7. Teve dificuldades em dormir ou dormia mais do que o normal? (SE SIM:)</p> <p>7.a) Era incapaz de adormecer?</p> <p>7.b) (SE SIM:) Isso foi durante pelo menos uma hora?</p> <p>7.c) Acordava a meio da noite nãoconseguindo voltar a adormecer?</p> <p>7.d) Acordava demasiado cedo de manhã?</p> <p>7.e) (SE SIM:) Isso era pelo menos uma hora mais cedo que o habitual?</p> <p>7.f) Dormia muito mais que o habitual?</p> <p>Durante o episódio mais grave:</p> <p>8. Esteve tão inquieto ou agitado que outras pessoas notaram (ex., andar de um lado para outro ou torcer as mãos)?</p> <p>9. Movia-se ou falava tão lentamente que as outras pessoas notaram?</p> <p>10. Esteve menos interessado nas coisas ou menos capaz de ter prazer sexual ou em outras actividades agradáveis?</p> <p>11. Sentia perda de energia ou mais cansado que o habitual?</p> <p>12. Sentia-se culpado ou que era uma pessoa má?</p> <p>13. Sentia-se uma pessoa falhada ou sem valor?</p> <p>14. Teve dificuldades em pensar, de concentração, ou em tomar decisões?</p> <p>15. Pensava frequentemente na morte, ou desejava estar morto, ou pensava em acabar com a vida?</p> <p>16. Tentou mesmo fazer mal a si próprio?</p> <p>17. ENTREVISTADOR: Registrar o número das caixas com pelo menos uma resposta SIM em P.6-16.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4">2 = Sim, aumentado</td> </tr> <tr> <td colspan="4">3 = Sim, mistura</td> </tr> <tr> <td colspan="4">D = Desconhecido/Sem informação</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><u>NÃO</u></td> <td style="text-align: center;"><u>DIM</u></td> <td style="text-align: center;"><u>AUM</u></td> <td style="text-align: center;"><u>DES</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> </table> <p>QUILOS</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"><input type="text"/></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"><input type="text"/></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"><input type="text"/></td> </tr> </table> <p>QUILOS</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"><input type="text"/></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"><input type="text"/></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"><input type="text"/></td> </tr> </table> <p>SEMANAS</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"><input type="text"/></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"><input type="text"/></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"><input type="text"/></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"><u>NÃO</u></td> <td style="text-align: center;"><u>SIM</u></td> <td style="text-align: center;"><u>DES</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">EPISÓDIO MAIS GRAVE</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><u>NÃO</u></td> <td style="text-align: center;"><u>SIM</u></td> <td style="text-align: center;"><u>DES</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">EPISÓDIO MAIS GRAVE</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><u>M</u></td> <td style="text-align: center;"><u>T</u></td> <td style="text-align: center;"><u>S/VA</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><u>NÃO</u></td> <td style="text-align: center;"><u>SIM</u></td> <td style="text-align: center;"><u>DES</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><u>NÃO</u></td> <td style="text-align: center;"><u>SIM</u></td> <td style="text-align: center;"><u>DES</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"><input type="text"/></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"><input type="text"/></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">DIAS</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"><u>NÃO</u></td> <td style="text-align: center;"><u>SIM</u></td> <td style="text-align: center;"><u>DES</u></td> </tr> </table>	2 = Sim, aumentado				3 = Sim, mistura				D = Desconhecido/Sem informação				<u>NÃO</u>	<u>DIM</u>	<u>AUM</u>	<u>DES</u>	0	1	2	D	<input type="text"/>	<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>	<u>DES</u>	O	1	D	O	1	D	O	1	D	O	1	D	O	1	D	O	1	D	O	1	D	O	1	D	EPISÓDIO MAIS GRAVE			<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>	<u>DES</u>	O	1	D	O	1	D	O	1	D	O	1	D	O	1	D	O	1	D	O	1	D	O	1	D	<input type="checkbox"/>	EPISÓDIO MAIS GRAVE			<u>M</u>	<u>T</u>	<u>S/VA</u>	0	1	2	<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>	<u>DES</u>	0	1	D	<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>	<u>DES</u>	0	1	D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DIAS	<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>	<u>DES</u>								
2 = Sim, aumentado																																																																																																																				
3 = Sim, mistura																																																																																																																				
D = Desconhecido/Sem informação																																																																																																																				
<u>NÃO</u>	<u>DIM</u>	<u>AUM</u>	<u>DES</u>																																																																																																																	
0	1	2	D																																																																																																																	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																		
<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>	<u>DES</u>																																																																																																																		
O	1	D																																																																																																																		
O	1	D																																																																																																																		
O	1	D																																																																																																																		
O	1	D																																																																																																																		
O	1	D																																																																																																																		
O	1	D																																																																																																																		
O	1	D																																																																																																																		
O	1	D																																																																																																																		
EPISÓDIO MAIS GRAVE																																																																																																																				
<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>	<u>DES</u>																																																																																																																		
O	1	D																																																																																																																		
O	1	D																																																																																																																		
O	1	D																																																																																																																		
O	1	D																																																																																																																		
O	1	D																																																																																																																		
O	1	D																																																																																																																		
O	1	D																																																																																																																		
O	1	D																																																																																																																		
<input type="checkbox"/>																																																																																																																				
EPISÓDIO MAIS GRAVE																																																																																																																				
<u>M</u>	<u>T</u>	<u>S/VA</u>																																																																																																																		
0	1	2																																																																																																																		
<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>	<u>DES</u>																																																																																																																		
0	1	D																																																																																																																		
<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>	<u>DES</u>																																																																																																																		
0	1	D																																																																																																																		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DIAS																																																																																																																	
<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>	<u>DES</u>																																																																																																																		
<p>ENTREVISTADOR: SE MENOS QUE TRÊS NA CAIXA B, PASSAR PARA MANIA/HIPOMANIA (PÁGINA).</p> <p>18. Os sintomas estiveram (Rever sintomas em P.6-16 mais humor depressivo) presentes quase todos os dias durante pelo menos um Período de duas semanas?</p> <p style="text-align: center;">ENTREVISTADOR: Pelo menos cinco sintomas são requeridos para uma resposta "SIM" (critérios da DSM III-R).</p> <p>19. Tinha tendência a sentir-se pior de manhã ou à tarde?</p> <p>20. Durante este episódio, tinha crenças ou ideias que mais tarde achou não serem verdadeiras? (SE SIM:) Especificar:</p> <p>20.a) Essas crenças ocorreram imediatamente antes da depressão ou após a recuperação?</p> <p>20.b) (SE SIM:) Quanto tempo duraram?</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"><u>NÃO</u></td> <td style="text-align: center;"><u>SIM</u></td> <td style="text-align: center;"><u>DES</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">EPISÓDIO MAIS GRAVE</td> </tr> </table>	<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>	<u>DES</u>	O	1	D	EPISÓDIO MAIS GRAVE																																																																																																												
<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>	<u>DES</u>																																																																																																																		
O	1	D																																																																																																																		
EPISÓDIO MAIS GRAVE																																																																																																																				

21. Viu ou ouviu coisas que outras pessoas não conseguiam ver ou ouvir?

(SE SIM:) Especificar:

21.a) Essas visões ou vozes ocorreram imediatamente antes da depressão ou após a recuperação?

21.b) (SE SIM:) Quanto tempo duraram?

22. (SE SIM A P.20 OU P.21:)

ENTREVISTADOR: Os sintomas psicóticos tinham conteúdo que era inconsistente com temas depressivos tais como pobreza, culpa, doença, inadequação pessoal ou catástrofe?

22.a) (SE SIM:) ENTREVISTADOR: O indivíduo esteve tão preocupado com sintomas psicóticos ao ponto de não pensar noutros sintomas ou preocupações?

ENTREVISTADOR: SE O DOENTE FOI HOSPITALIZADO DOIS DIAS OU MAIS, LEVOU ECT, OU TEVE SINTOMAS PSICÓTICOS, PASSAR PARA P.29 E COTAR INCAPACIDADE

27. Durante este episódio a sua maior responsabilidade foi o emprego, casa, escola ou outra coisa?

(SE OUTRA:) Especifique:

28. O seu funcionamento (nesse papel) foi afectado?

(SE SIM:)

Especifique:

28.a) Aconteceu alguma coisa em consequência disso? (tal como separação marital, ausência do trabalho ou escola, perda do emprego, ou baixar de posto)

(SE SIM:) Especifique:

28.b) (SE NÃO NA P.28.a:) Alguma pessoa comentou a sua dificuldade de funcionamento?

29. ENTREVISTADOR: Cotar baseado nas respostas de P.20, P.21, e P.25-28.a.

PREJUÍZO: Uma diminuição na qualidade do desempenho do papel mais importante (notório aos outros). Isto habitualmente requer uma diminuição, da quantidade do desempenho; pode manifestar-se pelo indivíduo levar 10 horas a fazer o que normalmente levava cinco horas.

INCAPACIDADE: Completa incapacidade de funcionar no principal papel durante dois dias, ou hospitalizado mais que dois dias, ECT ou delírios e alucinações presentes. Por exemplo, a dona de casa é incapaz de manter os deveres domésticos, ou uma pessoa falta ao trabalho ou aos estudos.

(SE PREJUÍZO OU INCAPACIDADE:) Especifique:

G. MANIA / HIPOMANIA

Agora vou fazer-lhe outras perguntas sobre o seu humor.

	<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>	<u>DES</u>
1.a) Teve alguma vez um Período em que se sentiu extremamente bem ou eufórico, nitidamente diferente do que é normal para si? (Isso foi mais do que simplesmente sentir-se bem?)	0	1	D
1.b) (SE NÃO:) Teve alguma vez um Período em que se sentiu muito irritável, claramente diferente do seu normal de modo que gritava para as pessoas ou começava a brigar ou discutir?	0	1	D

1.c) ENTREVISTADOR: Se necessário para a descrição use questões adicionais (ex., sentiu aumento de energia? aumento da

0 1 D

NÃO SIM DES

0 1 D

DIAS

NÃO SIM DES

0 1 D

0 1 D

1 = Emprego

2 = Casa

3 = Escola

4 = Outra

NÃO SIM DES

0 1 D

NÃO SIM DES

0 1 D

NÃO SIM DES

0 1 D

EPISÓDIO
MAIS GRAVE

0 = Sem Mudança

1 = Prejuízo

2 = Incapacidade

D = Desconhecido

atividade? necessidade de dormir menos? mais falador?)

1.d) (SE SIM PARA P.1.a OU P.1.b:) Isso durou persistentemente ao longo de todo o dia ou intermitentemente durante dois dias ou mais? 0 1
D

1.e) ENTREVISTADOR: Suspeita de um episódio passado ou presente a partir das respostas, comportamento, ou outra informação do indivíduo? 0 1 D

SE NÃO, PASSAR PARA RASTREIO DE HIPOMANIA (P.37, PÁGINA .

2. Tem-se sentido dessa maneira recentemente (i.e. durante os últimos trinta dias)? 0 1 D

(SE SIM:)

2.a) Há quanto tempo se sente assim?

DIAS SEMANAS
□ ou □□□

(Se menos que uma semana, cotar DIAS)

3. Pense no Período mais grave da sua vida em que se sentiu extremamente bem disposto, alegre, ou irritável. Quando é que começou? □□ - □□ - □□
DIA MÊS ANO

3.a) ENTREVISTADOR: Registrar a idade.

IDADE
□□

3.b) Quanto tempo durou esse Período?

DIAS SEMANAS

(Se menos que uma semana, cotar DIAS.)

□ ou □□□

4. ENTREVISTADOR: É O EPISÓDIO ATUAL TAMBÉM O EPISÓDIO MAIS GRAVE? NÃO SIM
0 1

ENTREVISTADOR: Cotar o episódio na coluna mais Grave.

Durante o episódio mais grave:

5. ENTREVISTADOR: Especificar irritável ou elação do humor.

EPISÓDIO MAIS GRAVE		
IRR	ELA	
1	2	
NÃO	SIM	DES
0	1	D

6. Esteve mais activo que o habitual socialmente, no trabalho, em casa, sexualmente ou fisicamente?

0 1 D

7. Esteve mais falador que o habitual ou sentiu pressão para continuar a falar sem parar?

0 1 D

8. Os seus pensamentos corriam tão depressa ou falava tão rapidamente que os outros tinham dificuldade em seguir o que estava a dizer?

0 1 D

10. Precizou de dormir menos que o habitual?

0 1 D

(SE SIM:)

10.a) Quantas horas dormia por noite?

HORAS
□□

10.b) Quantas horas dorme habitualmente por noite?

HORAS
□□

11. Teve mais dificuldade que o habitual em se concentrar no que acontecia à sua volta porque a sua atenção se desviava de uma coisa para outra?

NÃO SIM DES

0 1 D

12. Fez alguma coisa que lhe pudesse ter causado problemas - como comprar coisas, fazer negócios, comportamentos sexuais ou condução perigosa?

0 1 D

(SE SIM:) Especificar:

13. Diria que o seu comportamento era provocador, mau, arrogante, ou suficientemente manipulativo a ponto de causar problemas à sua família, amigos ou colegas? (SE SIM:) Especificar

NÃO SIM DES

0 1 D

14. ENTREVISTADOR: Registrar o número de caixas com pelo menos uma resposta SIM em P.6-12.

□

ENTREVISTADOR: SE SÓ UMA OU NENHUMA NO EPISÓDIO ATUAL OU EPISÓDIO MAIS GRAVE, PASSAR PARA DISTIMIA (PÁGINA).

15. Estava tão excitado que era quase impossível manter uma conversa consigo?

0 1 D

16. Teve crenças ou ideias que mais tarde verificou não serem verdadeiras?

0 1 D

(SE SIM:) Especificar:

16.a) Essas crenças ocorreram imediatamente antes dessa mania ou depois de ter passado a crise?

0 1 D

16.b) (SE SIM:) Quanto tempo duraram?

DIAS

17. Viu ou ouviu coisas que as outras pessoas não podiam ver ou ouvir?

0 1 D

(SE SIM:) Especificar:

17.a) Essas visões ou vozes ocorreram imediatamente antes ou depois de ter passado a crise?

0 1 D

17.b) (SE SIM:) Quanto tempo duraram?

DIAS

18. (SE P.16 OU P.17 É SIM:) ENTREVISTADOR:

Os sintomas psicóticos tinham um conteúdo que era inconsistente com temas maníacos tais como aumento do valor, poder, conhecimento, identidade, ou relação especial com uma divindade ou pessoa famosa?

NÃO SIM DES

18.a) (SE SIM:) ENTREVISTADOR: O indivíduo esteve preocupado com os sintomas psicóticos que excluía outros sintomas ou preocupações?

0 1 D

19. Procurou ou recebeu a ajuda de alguém como um médico, ou outro profissional?

0 1 D

20. Foram-lhe receitados medicamentos para isso?

0 1 D

(SE SIM:) Especificar:

0 1 D

21. Deram-lhe choques eléctricos (ECT)?

0 1 D

22. Durante esse episódio foi internado por mania?

0 1 D

22.a) (SE SIM:) Durante quanto tempo?

DIAS

ENTREVISTADOR: SE O DOENTE ESTEVE INTERNADO DOIS DIAS OU MAIS, TEVE ECT OU SINTOMAS PSICÓTICOS PASSAR PARA P.25 E COTAR INCAPACIDADE.

23. A sua maior responsabilidade nessa altura era no trabalho, em casa, escola, ou outro?

1 = Emprego 3 = Escola
2 = Casa 4 = Outra

(SE OUTRA:) Especifique:

NÃO SIM DES

24. O seu funcionamento diminuiu (nesse papel)?

0 1 D

(SE SIM:) Especificar:

(SE SIM a P.24:)

24.a) Aconteceu alguma coisa como resultado disso? (tal como separação conjugal, faltas ao emprego ou escola, perda do emprego, ou notas baixas)

0 1 D

(SE SIM:) Especificar:

24.b) (SE NÃO a P.24.a:) Alguém comentou acerca da diminuição do seu funcionamento?

0 1 D

25. ENTREVISTADOR: Cotar baseado nas respostas a P. 15-24

0 = Sem Mudança
1 = Prejuízo
2 = Incapacidade

3 = Melhoria
D = Desconhecido

RDC Modificado

PREJUÍZO: Diminuição de funcionamento de gravidade insuficiente para preencher incapacidade

RDC Modificado

INCAPACIDADE: completa incapacidade de funcionar no papel principal durante pelo menos dois dias, internamento, ECT, delírios ou alucinações, ou incapacidade para manter uma conversa.

MELHORIA: Melhoria na função. (SE PREJUÍZO OU INCAPACIDADE:)

Especifique:

NÃO SIM DES

31. ENTREVISTADOR: Houve pelo menos um episódio sem precipitante orgânico?

0 1

D

ENTREVISTADOR: Para definir um episódio maníaco, o doente deve ter elacção do humor e ter três sintomas ou estar irritável e ter quatro sintomas.

(SE SIM:) EPISÓDIOS

31.a) Quantos episódios como esse teve?

31.b) Que idade tinha quando teve o primeiro episódio como esse?
de morte ou suicídio?

H. DISTÍMIA / PERSONALIDADE DEPRESSIVA / HIPERTÍMICA

DISTÍMIA

ENTREVISTADOR: SE O INDIVÍDUO TEVE MANIA OU PSICOSE CRÓNICA, VERIFICAR AQUI E PASSAR PARA Nota do Entrevistador na Pág..

Falámos acerca de episódios de depressão que eram graves. Algumas pessoas têm Períodos de depressão menos graves que podem durar anos seguidos. Agora gostaríamos de falar de alturas como essas.

1. Alguma vez teve um Período de dois ou mais anos em que se sentiu triste, em baixo ou desanimado durante quase todo o dia e na maior parte dos dias?

NÃO SIM DES

0 1 D

SE NÃO, PASSAR PARA P. 7

1.a) Que idade tinha quando começou o primeiro desses períodos?

7. Durante a maior parte da sua vida até (**Agora/Idade do primeiro Distúrbio Afectivo**), tem sido uma pessoa que frequentemente tem horas, dias ou semanas em que se sente em baixo, triste, vazio, desinteressado, com pena de si próprio ou alguma coisa semelhante?

NÃO SIM DES

0 1 D

SE NÃO, PASSAR PARA P.15 - PERSONALIDADE HIPERTÍMICA

Durante esses Períodos ...

8. Esteve sempre triste, em baixo ou desanimado?

NÃO SIM DES

0 1 D

9. Perdeu o interesse ou prazer nas suas actividades habituais?

0 1 D

10. Quanto tempo duravam habitualmente?

(Se menos que uma semana, cotar DIAS)

DIAS ou SEMANAS

11. Quantas vezes por ano isso acontecia?

VEZES

12. Que idade tinha quando pela primeira vez começou a sentir-se assim?

13. Os seus amigos ou família notaram ou comentaram o modo como se sentia?

NÃO SIM DES

0 1 D

14. Contou a alguém como se sentia?

0 1 D

PERSONALIDADE HIPERTÍMICA

ENTREVISTADOR: Se a pessoa teve distúrbio afectivo major, perguntar acerca do período de tempo que precedeu o primeiro episódio.

NÃO SIM DES

15. Durante a maior parte da sua vida até (**Agora/Idade do primeiro distúrbio afectivo**), teve Períodos de ambição, energia, optimismo, entusiasmo, alegria ou grande actividade fora do habitual?

0 1 D

SE NÃO, PASSAR PARA ABUSO DE ÁLCOOL (PÁGINA).

16. Esteve sempre assim dessa maneira?

0 1 D

17. Quanto tempo duravam tipicamente?

DIAS ou SEMANAS

(Se menos que uma semana, cotar DIAS)

18. Quantas vezes por ano isso acontecia?

VEZES

19. Que idade tinha quando pela primeira vez começou a sentir-se assim?

20. Os seus amigos ou família notaram ou comentaram o modo como se sentia?

0 1 D

21. Contou a alguém como se sentia?

0 1 D

I. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

Vou fazer-lhe uma série de perguntas sobre o consumo de álcool e drogas. Vou usar a palavra "frequentemente" em algumas dessas perguntas; por frequentemente queremos dizer três ou mais vezes. Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre bebidas alcoólicas tais como cerveja, vinho, espumantes, ou bebidas fortes como vodka, gin, ou whisky.

	<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>
1. Alguma vez tomou uma bebida alcoólica?	0	1
1.a) (SE NÃO:) Então, nunca tomou nem uma bebida alcoólica?		
SE NÃO, PASSAR PARA ABUSO DE DROGAS (PÁG.).		
*13. Tentou frequentemente deixar de beber/diminuir o consumo de bebidas?	0	1
*14. Alguma vez tentou deixar de beber ou diminuir o consumo de bebidas e achou que não era capaz?	0	1
*16. Frequentemente começou a beber depois de ter prometido a si mesmo que não o faria ou frequentemente bebeu mais do que tencionava?	0	1
*17. Alguma vez houve um Período em que passou tanto tempo a beber ou a recuperar dos efeitos da bebida, que pouco tempo tinha para qualquer outra coisa?	0	1
18. Alguma vez a bebida lhe causou :		
18.a) problemas no trabalho ou na escola?	0	1
18.b) meter-se em brigas enquanto bebia?	0	1
18.c) ouvir críticas da sua família, amigos, médico ou padre por causa de beber?	0	1
18.d) perder amigos?	0	1
*18.e) (SE ALGUM SIM NA P.18 a-d ACIMA:) Continuou a beber depois de saber que lhe causava qualquer desses problemas?	0	1
19. Alguma vez precisou de beber mais para obter um efeito, ou achou que já não conseguia ficar alegre ou embriagado com a quantidade que costumava beber?	0	1
*19.a) (SE SIM:) Diria 50% mais?	0	1
*21. Enquanto bebia alguma vez desistiu ou diminuiu muito actividades importantes, tais como desportos, trabalho ou estar com parentes e amigos?	0	1
*25. Esteve frequentemente alegre devido à bebida numa situação em que isso aumentou a possibilidade de se ferir-- por exemplo, quando a guiar, usar facas, armas ou máquinas, atravessar as ruas, ou nadar?	0	1
*26. Frequentemente faltou ao trabalho ou não cuidou das responsabilidades domésticas por causa da bebida ou da ressaca?	0	1
*29 .h) Tinha tremores (mãos a tremer)?	0	1
*29.l) Houve alguma vez uma altura em que dois ou mais desses sintomas apareceram juntos?	0	1
*29.n) Em três ou mais ocasiões diferentes bebeu para impedir o aparecimento de qualquer desses sintomas ou para deixar de os ter?	0	1
30. Há vários outros problemas de saúde que podem resultar de longos períodos em que se bebe.		
*30.h) Continuou a beber sabendo que a bebida lhe causou problemas de saúde?	0	1

H. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE DROGAS

MACONHA - MARIJUANA

	<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>
1. Alguma vez usou maconha (marijuana)?	0	1
SE NÃO, PASSAR PARA P.17		
1.a) (SE SIM:) Usou maconha pelo menos 21 vezes num só ano?	0	1
SE NÃO, PASSAR PARA P.17		
2. Qual foi o período mais demorado em que usou maconha quase todos os dias?		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DIAS
2.a) (SE MAIS QUE 30 DIAS:) Quando foi isso?		<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> DIA MÊS ANO
*3. Alguma vez houve algum período de um mês ou mais em que a maior parte do seu tempo fosse ocupado usando marijuana, procurando marijuana ou recuperando dos seus efeitos?	0	1
4. Enquanto consumia marijuana, alguma vez teve quaisquer problemas psicológicos tais como sentir-se deprimido, sentir-se paranóide, ter problemas em pensar claramente, ouvir, cheirar ou ver coisas, ou sentir-se excitado?		
(SE SIM:) Especificar quais os problemas, ler as subperguntas apropriadas para confirmar a resposta e cotar.		
Especifique: _____		
4.a) sentir-se deprimido ou desinteressado pelas coisas durante mais que 24 horas ao ponto de isso interferir com o seu funcionamento?	0	1
4.b) sentir-se paranóide ou desconfiado das pessoas durante mais que 24 horas ao ponto de isso		

- interferir nas suas relações com as pessoas? 0 1
- 4.c) ter problemas em se concentrar ou ter tais problemas em pensar claramente durante mais que 24 horas ao ponto de isso interferir com o seu funcionamento? 0 1
- 4.d) ouvir, ver ou cheirar coisas que realmente não existiam? 0 1
- 4.e) sentir-se excitado ou facilmente assustado ou nervoso ao ponto de isso interferir com o seu funcionamento? 0 1
- *4.f) (SE SIM A QUALQUER P.4.a-e:) Continuou a consumir maconha depois de saber que isso lhe causava esses problemas? 0 1
- *5. Frequentemente quis diminuir ou tentou diminuir o consumo de marijuana? 0 1
- *6. Alguma vez tentou diminuir o uso de marijuana e verificou que não conseguia? 0 1
- *7. Consumiu marijuana mais frequentemente ou em maiores quantidades do que tencionava? 0 1
- *8. Alguma vez precisou consumir maior quantidade de maconha para obter um efeito, ou alguma vez achou que já não ficava eufórico com a quantidade que costumava consumir? 0 1
- ENTREVISTADOR: Cotar SIM se pelo menos 50% mais de consumo.** 0 1
- *9. Alguma vez a parada ou diminuição lhe causou sentir-se mal fisicamente? 0 1
(Co-ocorrência de sintomas tais como nervosismo, insónia, suores, náuseas, diarreia).
(SE SIM:) Especificar: _____
- *9.a) Frequentemente consumiu maconha para estes sintomas de abstinência desaparecerem ou para impedir de os ter? 0 1
- *10. Esteve frequentemente sob os efeitos de marijuana numa situação em que isso aumentou a possibilidade de se ferir— por exemplo, quando a guiar, usar facas, armas ou máquinas, atravessar as ruas, ou nadar? 0 1
11. Alguma vez alguém criticou o seu consumo de maconha? 0 1
- *11.a) (SE SIM:) Continuou a usar marijuana depois de pensar que isso lhe causava esse problema? 0 1
- *12. Alguma vez desistiu ou diminuiu muito actividades importantes com amigos ou parentes ou no trabalho enquanto consumia marijuana? 0 1
- *13. Esteve frequentemente alegre com o consumo de marijuana ou sofrendo os seus efeitos quando na escola, no trabalho, ou a cuidar das responsabilidades domésticas? 0 1
14. Alguma vez o consumo de marijuana lhe causou problemas legais, tais como ser preso por comportamento desordeiro, posse ou venda? 0 1

ENTREVISTADOR: SE P.3-14 TODAS NÃO, PASSAR PARA P.17

15. Contou-me que teve essas experiências tais como (**Rever sintomas positivos com (*) nas P3-14**). Enquanto andava a consumir, maconha alguma vez teve pelo menos três destas experiências ocorrendo em qualquer altura, dentro do mesmo período de 12 meses. 0 1
(SE SIM):
- 15.a) Que idade tinha a primeira vez quando pelo menos três dessas experiências ocorreram dentro do mesmo período de 12 meses? IDADE IN
- 15.b) Que idade tinha a última vez quando pelo menos três dessas experiências ocorreram dentro do mesmo período de 12 meses? REG IDADE
16. **ENTREVISTADOR: Cotar SIM se pelo menos dois sintomas (P.3-14) da perturbação persistiram durante pelo menos um mês ou ocorreram repetidamente ao longo de um maior Período de tempo.** 0 1
- (SE NÃO ESTÁ CLARO, PERGUNTAR:) Contou-me que teve essas experiências tais como (**Rever sintomas positivos com (*) nas P.3-14**). Enquanto andava a consumir marijuana, houve alguma vez pelo menos um mês durante o qual pelo menos dois desses ocorreram persistentemente?
(SE NÃO:) Houve alguma vez um Período maior de tempo durante o qual pelo menos dois desses ocorreram repetidamente?
(SE SIM):
- 16.a) Que idade tinha a primeira vez quando pelo menos duas dessas experiências ocorreram persistentemente? IDADE IN
- 16.b) Que idade tinha a última vez quando pelo menos duas dessas experiências ocorreram persistentemente? REG IDADE
- 16.c) Quando consumiu maconha pela última vez? Dia Mês Ano

OUTRAS DROGAS

ENTREVISTADOR: Entregar cartão de consumo de drogas "A" à pessoa

17. Alguma vez consumiu qualquer destas drogas para se sentir bem ou alegre, ou se sentir mais activo ou alerta, ou quando elas não foram receitadas para si? Ou alguma vez usou uma droga receitada em quantidades maiores ou durante mais tempo que o receitado?
- 17.a) (SE SIM:) Quais?

	A COC	B EST	C SED	D OP	E PCP	F AL	G SOL	H OUT	I COMB
NÃO	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SIM	1	1	1	1	1	1	1	1	1

SE TODAS NÃO, PASSAR PARA PSICOSES (PÁGINA).

17.b) **ENTREVISTADOR: Para cada droga perguntar:** Quantas vezes na sua vida consumiu (**Droga**)?
(SE DESCONHECE, PERGUNTAR:) Diria que foi mais de 10 vezes?

	A COC	B EST	C SED	D OP	E PCP	F AL	G SOL	H OUT	I COMB
# DE VEZES	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□

17.c) (SÓ PARA CONSUMIDORES DE COCAÍNA E PCP):
Que idade tinha quando consumiu pela primeira vez (**droga**)?

COC PCP
□□ □□

17d) Alguma vez injectou uma droga?

NÃO SIM
0 1

ENTREVISTADOR: SE TODAS AS DROGAS EM P.17.b FORAM CONSUMIDAS MENOS QUE 11 VEZES, PASSAR PARA PSICOSES (PÁG).

Para drogas consumidas 11 vezes ou mais, ordená-las de acordo com o número de vezes que foram consumidas e perguntar pelo menos as duas mais frequentemente consumidas.

18. Qual foi o Período mais longo em que consumiu (**Droga**) quase todos os dias?
DIAS

	A COC	B EST	C SED	D OP	E MES
	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□

ENTREVISTADOR: Se nunca consumiu diariamente, cotar 000.

	A COC	B EST	C SED	D OP	E MIS
*19. Alguma vez houve algum Período de um mês ou mais em que a maior parte do seu tempo fosse ocupado a consumir (droga), procurando (droga) ou recuperando dos seus efeitos?	NÃO 0	0	0	0	0
	SIM 1	1	1	1	1
*20. Frequentemente quis diminuir ou tentou diminuir o consumo de (droga)?	NÃO 0	0	0	0	0
	SIM 1	1	1	1	1
*21. Alguma vez achou que não conseguia parar ou diminuir?	NÃO 0	0	0	0	0
	SIM 1	1	1	1	1
*22. Alguma vez precisou de consumir maiores quantidades de (droga) para obter um efeito, ou alguma vez achou que já não ficava eufórico com a quantidade que costumava consumir?	NÃO 0	0	0	0	0
	SIM 1	1	1	1	1

	A COC	B EST	C SED	D OP	E MIS
ENTREVISTADOR: Cotar SIM se pelo menos 50% mais de consumo.	NÃO 0	0	0	0	0
	SIM 1	1	1	1	1
*23. Frequentemente desistiu ou diminuiu muito actividades importantes com amigos ou parentes ou no trabalho a fim de consumir (droga)?	NÃO 0	0	0	0	0
	SIM 1	1	1	1	1
*24. Frequentemente consumiu (droga) mais dias ou em maiores quantidades do que tencionava?	NÃO 0	0	0	0	0
	SIM 1	1	1	1	1

ENTREVISTADOR: Mostrar cartão de Uso de Drogas "B".

25. Alguma vez parar, diminuir, ou deixar de consumir (Droga) lhe causou qualquer um destes problemas?	NÃO 0	0	0	0	0
25.a) sentir-se deprimido?	SIM 1	1	1	1	1
25.b) sentir-se nervoso, tenso, agitado, ou irritável?	NÃO 0	0	0	0	0
	SIM 1	1	1	1	1
	NÃO 0	0	0	0	0

25.c) sentir-se cansado, sonolento, ou fraco?	SIM	1	1	1	1	1
	NÃO	0	0	0	0	0
25.d) ter problemas em dormir?	SIM	1	1	1	1	1
	NÃO	0	0	0	0	0
25.e) ter aumento ou diminuição do apetite?	SIM	1	1	1	1	1
	NÃO			0	0	0
25.f) tremer ou estremecer?	SIM			1	1	1
	NÃO			0	0	0
25.g) ter suores ou febre?	SIM			1	1	1
	NÃO			0	0	0
25.h) ter náuseas ou vômitos?	SIM			1	1	1
	NÃO			0	0	0
25.i) ter diarreia ou dores de estômago?	SIM			1	1	1
	NÃO				0	0
25.j) ter água nos olhos ou corrimento nasal?	SIM				1	1
	NÃO				0	0
25.k) ter dores musculares	SIM				1	1
	NÃO				0	0
25.l) bocejar?	SIM				1	1
	NÃO			0		0
25.m) ter o coração a bater muito depressa?	SIM			1		1
	NÃO			0		0
25.n) ter ataques?	SIM			1		1
(SE SIM:) Quantas vezes?	# DE VEZES			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ENTREVISTADOR: SE P.25.a-n SÃO TODAS NÃO, PASSAR PARA P. 28

		A	B	C	D	E
		<u>COC</u>	<u>EST</u>	<u>SED</u>	<u>OP</u>	<u>MIS</u>
*26. Houve uma ocasião em que dois ou mais desses sintomas ocorreram juntos por causa de não andar a consumir (Droga)?	NÃO	0	0	0	0	0
	SIM	1	1	1	1	1
*27. Frequentemente consumiu (Droga) para estes sintomas de abstinência desaparecerem ou para impedir de os ter?	NÃO	0	0	0	0	0
	SIM	1	1	1	1	1
28. Consumir (Droga) causou-lhe ter outros problemas de saúde físicos (sem ser problemas de abstinência)?	NÃO	0	0	0	0	0
	SIM	1	1	1	1	1
(SE SIM:)Especifique:						
*28.a) Continuou a consumir (Droga) depois de saber que isso lhe causava esse problema?	NÃO	0	0	0	0	0
	SIM	1	1	1	1	1
29. Alguma vez foi criticado pela família, amigos, padre, patrão, ou pessoas no trabalho ou escola por andar a consumir (Droga)?	NÃO	0	0	0	0	0
	SIM	1	1	1	1	1
*29.a) (SE SIM:) Continuou a consumir (Droga) depois de se aperceber que isso lhe causava um problema?	NÃO	0	0	0	0	0
	SIM	1	1	1	1	1
*30. Esteve frequentemente alegre com o consumo de (Droga) ou sofrendo os seus efeitos quando na escola, no trabalho, ou a cuidar das responsabilidades domésticas?	NÃO	0	0	0	0	0
	SIM	1	1	1	1	1
31. Alguma vez o consumo (Droga), lhe causou problemas legais tais como ser preso por comportamento desordeiro, posse ou venda de droga?	NÃO	0	0	0	0	0
	SIM	1	1	1	1	1
32. Enquanto consumia (Droga), alguma vez começaram ou se agravaram quaisquer problemas psicológicos tais como sentir-se deprimido, sentir-se paranóide, Ter problemas em pensar claramente, ouvir, cheirar ou vir coisas, ou sentir-se excitado?						
(SE SIM:) Especificar quais os problemas, ler as subperguntas apropriadas para confirmar a resposta e cotar. Especifique:						
32.a) sentir-se deprimido ou desinteressado pelas coisas durante mais que 24 horas ao ponto de isso interferir com o seu funcionamento?	NÃO	0	0	0	0	0
	SIM	1	1	1	1	1
32.b) sentir-se paranóide ou desconfiado das pessoas durante mais que 24 horas ao ponto de isso interferir nas suas relações com as pessoas?	NÃO	0	0	0	0	0
	SIM	1	1	1	1	1
32.c) ter tais problemas em pensar claramente ao ponto de isso interferir com o seu funcionamento?	NÃO	0	0	0	0	0
	SIM	1	1	1	1	1
32.d) ouvir, ver ou cheirar coisas que realmente não existiam?	NÃO	0	0	0	0	0
	SIM	1	1	1	1	1

32.e) sentir-se excitado ou facilmente assustado ou nervoso durante mais de 24 horas ao ponto de isso interferir com o seu funcionamento?	NÃO	0	0	0	0	0
	SIM	1	1	1	1	1
*32.f) (SE ALGUM SIM EM P.32.a-e:) Continuou a consumir (Droga) depois de saber que isso lhe causava qualquer um desses problemas?	NÃO	0	0	0	0	0
	SIM	1	1	1	1	1
*33. Esteve frequentemente sob os efeitos de (Droga) numa situação em que aumentasse a possibilidade de se ferir-- por exemplo, quando a guiar, usar facas, armas ou máquinas, atravessar as ruas, ou nadar?	NÃO	0	0	0	0	0
	SIM	1	1	1	1	1
34. Disse-me que teve essas experiências tais como (Rever sintomas positivos com (*) nas P.19-33). Enquanto consumia (Droga) alguma vez teve pelo menos 3 destas ,ocorrendo em qualquer altura, dentro do mesmo período de 12 meses	SIM	1	1	1	1	1

(SE SIM):

34.a) Que idade tinha a primeira vez, quando pelo menos três dessas experiências ocorreram dentro do mesmo período de 12 meses? IDADE IN

34.b) Que idade tinha a última vez, quando pelo menos três dessas experiências ocorreram dentro do mesmo período de 12 meses? REG IDADE

35. ENTREVISTADOR: Cotar SIM se pelo menos 2 sintomas da perturbação persistiram durante pelo menos um mês ou ocorreram repetidamente durante um período. maior de tempo

NÃO 0 0 0 0 0
SIM 1 1 1 1 1

(SE NÃO ESTÁ CLARO, PERGUNTAR:)

Contou-me que teve essas experiências tais como (Rever sintomas positivos com (*) nas P.19-33). Enquanto andava a consumir drogas, houve alguma vez pelo menos um mês durante o qual pelo menos dois destes ocorreram persistentemente?

(SE NÃO:)

Houve alguma vez um período maior de tempo durante o qual pelo menos dois destes ocorreram repetidamente?

(SE SIM:)

35.a) Que idade tinha a primeira IDADE IN vez quando pelo menos duas dessas experiências ocorreram persistentemente?

K. PSICOSES

Gostaria de lhe ler uma lista de experiências que outras pessoas tiveram. Diga-me quais teve.

ENTREVISTADOR: Para cada resposta positiva, faça as seguintes perguntas normalizadas:

- Estava convencido?
- Como é que pode explicar isso?
- Isso alterou o seu comportamento?
- Quantas vezes é que isso aconteceu?
- Quanto tempo durou?

Registrar um exemplo para cada resposta positiva nas margens.

1. Alguma vez houve um Período em que...

	NÃO	SIM	SUS- PEITO	DESC
a) ouvia vozes? Por exemplo, quando há silêncio algumas pessoas tiveram a sensação de ouvir vozes de pessoas murmurando ou falando com elas, mesmo quando de facto não está ninguém presente.	0	1	2	D
1.b) teve visões ou viu coisas que outros não viram ou que de fato não estavam presentes?			0	1 2
D				
1.c) teve crenças ou ideias que mais tarde descobriu não serem verdadeiras - como, acreditar que pessoas estavam a persegui-lo, contra si ou tentando fazer-lhe mal ou pessoas falando de si?	0	1	2	

Acreditava que lhe estavam a ser enviadas mensagens especiais (ex., através da rádio ou da televisão)?

Acreditava que tinha feito alguma coisa má pela qual devia ser castigado?

Acreditava que era uma pessoa importante ou que tinha poderes especiais para fazer coisas que outras pessoas não podiam?

Ou teve alguma vez a sensação de estar sob o controle de alguma força ou poder?

Alguma vez notou uma alteração no corpo ou no aspecto físico que os outros não poderam ver?

(SE SIM:) Especifique:

	NÃO	SIM	DESC
2. Atualmente tem tido (Sintomas psicóticos)?	0	1	D

2.a) (SE SIM:) Há quanto tempo é que isso começou?

DIAS Ou SEMANAS

Registe a resposta:

3. (SE NÃO:) Que idade tinha a última vez que teve (Sintomas psicóticos)?

REG IDADE

3.a) Quanto tempo duraram esses sintomas?

DIAS ou SEMANAS

4. Desde a primeira vez que sentiu (Sintomas psicóticos) houve algum período em que voltou ao estado normal por pelo menos dois meses?

NÃO SIM DES

0 1

D

ENTREVISTADOR: Para P.5-P.62, se há sintomas positivos na coluna "Alguma Vez", certifique-se que cota a presença/ausência desses sintomas na coluna "Epis. Actual ou mais recente".

DELÍRIOS

ENTREVISTADOR: SE NÃO HÁ DELÍRIOS (P.1.c) PASSAR PARA ALUCINAÇÕES (PÁGINA 72).

ENTREVISTADOR: Para cada resposta positiva usar as perguntas normalizadas e registar exemplos nas margens.

	ALGUMA VEZ		
	NÃO	SIM	DES
5. Delírios Persecutórios Alguma vez sentiu que as pessoas estavam contra si, tentando propositadamente fazer-lhe mal? (SE SIM:) Especificar: _____	Apenas Psicose D Depressão Mania Álcool D Drogas Outros (med.)	0 1 1 1 1 1 1 1	1 D D D D D D
6. Delírio de Ciúme Alguma vez esteve con- vencido que o seu/sua (marido, esposa, namora- do, namorada) lhe pudesse ter sido infiel?	Apenas Psicose D Depressão Mania Álcool D Drogas Outros (med.)	0 1 1 1 1 1 1 1	1 D D D D D D
7. Delírio de culpa ou Pecado Alguma vez esteve con- vencido de ter feito alguma coisa muito má ou criminosa ou de ter come- tido um grande pecado ou de merecer ser castigado?	Apenas Psicose D Depressão Mania Álcool D Drogas Outros (med.)	0 1 1 1 1 1 1 1	1 D D D D D D
8. Delírio de Grandiosidade Alguma vez sentiu que tinha qualquer poder, talentos ou capacidades especiais que as outras pessoas não tinham? (POR EX: Ter uma missão ou identidade especial)	Apenas Psicose D Depressão Mania Álcool D Drogas Outros (med.)	0 1 1 1 1 1 1 1	1 D D D D D D
9. Delírio de Religiosidade Teve crenças ou experiências religiosas de que as outras pessoas não partilharam? (SE SIM:) Fale-me acerca disso?	Apenas Psicose D Depressão Mania Álcool D Drogas Outros (med.)	0 1 1 1 1 1 1 1	1 D D D D D D

<p>10. Delírio Somático Alguma vez teve uma alteração no seu corpo ou no modo como funcionava para o qual o médico não encontrou uma causa? (POR EX: Como o cancro incurável, os intestinos entupidos ou sentir-se apodrecer?)</p>	<table border="1"> <tbody> <tr><td>Apenas Psicose</td><td>0</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Depressão</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Mania</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Álcool</td><td>0</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Drogas</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Outros (med.)</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> </tbody> </table>	Apenas Psicose	0	1		D				Depressão	0	1	D	Mania	0	1	D	Álcool	0	1		D				Drogas	0	1	D	Outros (med.)	0	1	D
Apenas Psicose	0	1																															
D																																	
Depressão	0	1	D																														
Mania	0	1	D																														
Álcool	0	1																															
D																																	
Drogas	0	1	D																														
Outros (med.)	0	1	D																														
<p>11. Delírio Erotomaniaco Alguma vez acreditou que outra pessoa estava apaixonada por si, apesar de não haver uma razão verdadeira para pensar isso? (SE SIM:) Especificar:____ _____</p>	<table border="1"> <tbody> <tr><td>Apenas Psicose</td><td>0</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Depressão</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Mania</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Álcool</td><td>0</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Drogas</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Outros (med.)</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> </tbody> </table>	Apenas Psicose	0	1		D				Depressão	0	1	D	Mania	0	1	D	Álcool	0	1		D				Drogas	0	1	D	Outros (med.)	0	1	D
Apenas Psicose	0	1																															
D																																	
Depressão	0	1	D																														
Mania	0	1	D																														
Álcool	0	1																															
D																																	
Drogas	0	1	D																														
Outros (med.)	0	1	D																														
<p>12. Delírio de Referência Alguma vez viu coisas em revistas ou na televisão que pareciam ser especifica-mente referidas a si ou contendo uma mensagem especial para si? Alguma vez teve a certeza que as pessoas estavam a falar de si, a rir-se de si, a segui-lo ou a vigiá-lo?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr><td>Apenas Psicose</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Depressão</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Mania</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Álcool</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Drogas</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Outros (med.)</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> </tbody> </table>	Apenas Psicose	0	1	D	Depressão	0	1	D	Mania	0	1	D	Álcool	0	1	D	Drogas	0	1	D	Outros (med.)	0	1	D								
Apenas Psicose	0	1	D																														
Depressão	0	1	D																														
Mania	0	1	D																														
Álcool	0	1	D																														
Drogas	0	1	D																														
Outros (med.)	0	1	D																														
<p>13. Delírio de Controlo Alguma vez sentiu que estava a ser controlado por uma pessoa ou uma força exterior a si ?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr><td>Apenas Psicose</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Depressão</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Mania</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Álcool</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Drogas</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Outros (med.)</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> </tbody> </table>	Apenas Psicose	0	1	D	Depressão	0	1	D	Mania	0	1	D	Álcool	0	1	D	Drogas	0	1	D	Outros (med.)	0	1	D								
Apenas Psicose	0	1	D																														
Depressão	0	1	D																														
Mania	0	1	D																														
Álcool	0	1	D																														
Drogas	0	1	D																														
Outros (med.)	0	1	D																														
<p>14. Delírio de Leitura do Pensamento Alguma vez sentiu que as pessoas podiam ler a sua mente ou saber o que está a pensar?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr><td>Apenas Psicose</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Depressão</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Mania</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Álcool</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Drogas</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Outros (med.)</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> </tbody> </table>	Apenas Psicose	0	1	D	Depressão	0	1	D	Mania	0	1	D	Álcool	0	1	D	Drogas	0	1	D	Outros (med.)	0	1	D								
Apenas Psicose	0	1	D																														
Depressão	0	1	D																														
Mania	0	1	D																														
Álcool	0	1	D																														
Drogas	0	1	D																														
Outros (med.)	0	1	D																														
<p>15. Difusão do Pensamento Alguma vez sentiu que os seus pensamentos eram difundidos de modo que as outras pessoas podiam ouvi-los?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr><td>Apenas Psicose</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Depressão</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Mania</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Álcool</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Drogas</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Outros (med.)</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> </tbody> </table>	Apenas Psicose	0	1	D	Depressão	0	1	D	Mania	0	1	D	Álcool	0	1	D	Drogas	0	1	D	Outros (med.)	0	1	D								
Apenas Psicose	0	1	D																														
Depressão	0	1	D																														
Mania	0	1	D																														
Álcool	0	1	D																														
Drogas	0	1	D																														
Outros (med.)	0	1	D																														
<p>16. Inserção do Pensamento Alguma vez sentiu que pensamentos que não eram seus estavam a ser metidos na sua cabeça por alguma força externa?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr><td>Apenas Psicose</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Depressão</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Mania</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Álcool</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Drogas</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Outros (med.)</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> </tbody> </table>	Apenas Psicose	0	1	D	Depressão	0	1	D	Mania	0	1	D	Álcool	0	1	D	Drogas	0	1	D	Outros (med.)	0	1	D								
Apenas Psicose	0	1	D																														
Depressão	0	1	D																														
Mania	0	1	D																														
Álcool	0	1	D																														
Drogas	0	1	D																														
Outros (med.)	0	1	D																														

		ALGUMA VEZ																							
		NÃO	SIM																						
		DES																							
<p>17. Roubo do Pensamento Alguma vez sentiu que os seus pensamentos lhe eram retirados da cabeça por alguma força exterior?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr><td>Apenas Psicose</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Depressão</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Mania</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Álcool</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Drogas</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> <tr><td>Outros (med.)</td><td>0</td><td>1</td><td>D</td></tr> </tbody> </table>	Apenas Psicose	0	1	D	Depressão	0	1	D	Mania	0	1	D	Álcool	0	1	D	Drogas	0	1	D	Outros (med.)	0	1	D
Apenas Psicose	0	1	D																						
Depressão	0	1	D																						
Mania	0	1	D																						
Álcool	0	1	D																						
Drogas	0	1	D																						
Outros (med.)	0	1	D																						

18. Outros Delírios Para além dos pensamentos de que falámos atrás alguma vez teve quaisquer outros pensamentos ou crenças que os outros não comparti-lhassem ou achassem estranhos? (SE SIM:) Especificar os delírios: _____	Apenas Psicose	0	1	D
	Depressão	0	1	D
	Mania	0	1	D
	Álcool	0	1	D
	Drogas	0	1	D
	Outros (med.)	0	1	D

19. Quanto tempo durou o Período mais longo de (delírios)? SEMANAS

21. ENTREVISTADOR: Cotar a natureza fragmentária dos delírios

0 = **De maneira nenhuma.** Todos os delírios são centrados sobre um tema único, tal como a perseguição.

1 = **Algo fragmentário.** Diferentes delírios, mas com temas possivelmente relacionados.

2 = **Sem dúvida fragmentário.** Temas não relacionados.

D = **Desconhecido.**

22. ENTREVISTADOR: Cotar delírios generalizados.

0 = **Não generalizado**

1 = **Generalizado:** Os delírios invadem a maioria dos aspectos da vida do doente e/ou preocupam o doente a maior parte do tempo.

D = **Desconhecido.**

23. ENTREVISTADOR: Cotar a qualidade bizarra dos delírios.

0 = **De maneira nenhuma:** (por ex., a esposa é infiel).

1 = **Algo bizarro:** (por ex., o indivíduo é perseguido por bruxas).

2 = **Sem dúvida bizarro:** (por ex., pequeno homem verde de Marte gravou os seus sonhos e difundiu-os pela terra).

D = **Desconhecido.**

ALUCINAÇÕES

ENTREVISTADOR: SE NÃO HÁ ALUCINAÇÕES AUDITIVAS (P.1.a), PASSAR PARA P.31.

ENTREVISTADOR: Para cada resposta positiva utilize as perguntas normalizadas e registe exemplos nas margens.

	ALGUMA VEZ			
	NÃO	SIM	DESC	
24. Auditivas – Vozes ruídos, música Alguma vez ouviu vozes ou outros sons que outras pessoas não podiam ouvir? 24.a) (SE SIM:) Diziam coisas más acerca de si ou ameaçavam-no?	Apenas Psicose	0	1	D
	Depressão	0	1	D
	Mania	0	1	D
	Álcool	0	1	D
	Drogas	0	1	D
	Outros (med.)	0	1	D
25. Auditivas - Vozes comentadoras Alguma vez ouviu vozes que comentavam ou descreviam o que estava a fazer ou a pensar?	Apenas Psicose	0	1	D
	Depressão	0	1	D
	Mania	0	1	D
	Álcool	0	1	D
	Drogas	0	1	D
	Outros (med.)	0	1	D
26. Auditivas - Duas ou mais vozes Alguma vez ouviu duas ou mais vozes falando umas com as outras?	Apenas Psicose	0	1	D
	Depressão	0	1	D
	Mania	0	1	D
	Álcool	0	1	D
	Drogas	0	1	D
	Outros (med.)	0	1	D
27. Eco do Pensamento Alguma vez sentiu os seus pensamentos serem repetidos ou como se fossem um eco dentro da sua cabeça ?	Apenas Psicose	0	1	D
	Depressão	0	1	D
	Mania	0	1	D
	Álcool	0	1	D
	Drogas	0	1	D
	Outros (med.)	0	1	D

28. Pensamentos Audíveis Alguma vez ouviu lá fora os seus pensamentos em voz alta como se fossem uma voz fora da sua cabeça ?	Apenas Psicose 0 1 D Depressão 0 1 D Mania 0 1 D Álcool 0 1 D Drogas 0 1 D Outros (med.) 0 1 D						
29. Alguma vez falou com as vozes que ouvia?	Apenas Psicose 0 1 D Depressão 0 1 D Mania 0 1 D Álcool 0 1 D Drogas 0 1 D Outros (med.) 0 1 D						
30. Quando ouvia as vozes podia também ver a pessoa que estava a falar mesmo que os outros não a pudessem ver?	Apenas Psicose 0 1 D Depressão 0 1 D Mania 0 1 D Álcool 0 1 D Drogas 0 1 D Outros (med.) 0 1 D						
31. Somáticas ou táteis Alguma vez teve sensações ou impressões estranhas no seu corpo? (EXEMPLO: uma corrente de electricidade no seu corpo ou partes dele a mudar de posição ou a aumentar?)	Apenas Psicose 0 1 D Depressão 0 1 D Mania 0 1 D Álcool 0 1 D Drogas 0 1 D Outros (med.) 0 1 D						
32. Olfativas Alguma vez sentiu cheiros estranhos que não podia explicar ou cheiros que as outras pessoas não notavam?	Apenas Psicose 0 1 D Depressão 0 1 D Mania 0 1 D Álcool 0 1 D Drogas 0 1 D Outros (med.) 0 1 D						
33. Visuais Alguma vez teve visões ou viu coisas que as outras pessoas não viam? (SE SIM:) Isso ocorreu quando estava a adormecer ou a acordar?	Apenas Psicose 0 1 D Depressão 0 1 D Mania 0 1 D Álcool 0 1 D Drogas 0 1 D Outros (med.) 0 1 D						
34. Gustativas Alguma vez teve um sabor ou sabores estranhos na boca, que não conseguisse explicar?	Apenas Psicose 0 1 D Depressão 0 1 D Mania 0 1 D Álcool 0 1 D Drogas 0 1 D Outros (med.) 0 1 D						
35. Quanto tempo durou o período mais longo de (alucinações)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DIAS						
36. Nesse período tinha (alucinações) o dia todo pelo menos durante vários dias ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NÃO</th> <th>SIM</th> <th>DESC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>D</td> </tr> </tbody> </table>	NÃO	SIM	DESC	0	1	D
NÃO	SIM	DESC					
0	1	D					
37. ENTREVISTADOR: Há alucinações incongruentes com o humor? 37.a) (SE SIM:) Duravam o dia inteiro por vários dias ou intermitentemente durante o período de uma semana?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>D</td> </tr> </tbody> </table>	0	1	D	0	1	D
0	1	D					
0	1	D					
38. (SE TAMBÉM HÁ DELÍRIOS) Houve alguma altura em que acreditava (delírio) que também tivesse (alucinação)? (SE SIM:)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NÃO</th> <th>SIM</th> <th>DESC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>D</td> </tr> </tbody> </table>	NÃO	SIM	DESC	0	1	D
NÃO	SIM	DESC					
0	1	D					
38.a) ENTREVISTADOR: Cotar o período mais longo em que alguma vez tivessem ocorrido conjuntamente.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DIAS						
38.b) Especifique a natu reza dos delírios que ocorrem com as alucinações.	_____						
38.c) ENTREVISTADOR: Cotar SIM se delírios persecutórios ou delírios de ciúme estão presentes em 38.b.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NÃO</th> <th>SIM</th> <th>DES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>D</td> </tr> </tbody> </table>	NÃO	SIM	DES	0	1	D
NÃO	SIM	DES					
0	1	D					

LOCAL OPCIONAL PARA CENTROS BIPOLARES

39. No episódio atual ou mais recente, quando teve (**alucinações**)... estava completamente confuso em relação ao lugar onde estava ou à hora do dia? tinha problemas de memória?

ENTREVISTADOR: Cotar o sensório durante as alucinações.

0 = **Nenhum**: Sem distorções sensoriais durante as alucinações.

1 = **Duvidoso**

2 = **Definitivo**: Sensório obnubilado devido a causa física (ex. Drogas, doença física).

3 = **Definitivo**: Sensório obnubilado, mas não devido a causa física

D = **Desconhecido**: Sem Informação.

COMPORTAMENTO DESORGANIZADO/BIZARRO

ENTREVISTADOR: Para cada resposta positiva utilize as perguntas normalizadas e registre exemplos nas margens.

	ALGUMA VEZ		
	NÃO	SIM	DES
40.a) Alguma vez se envolveu em comportamentos estranhos como tirar coisas do lixo, vestir-se de uma maneira estranha ou colecionar coisas que as outras pessoas achavam que não tinham valor?	Apenas Psicose	0 1	D
	Depressão	0 1	D
	Mania	0 1	D
	Álcool	0 1	D
	Drogas	0 1	D
	Outros (med.)	0 1	D
40.b) Houve ocasiões em que tenha feito coisas que outras pessoas pensassem ser social ou sexualmente inadequadas, desorganizadas ou questionáveis? Por exemplo, ser demasiado agressivo ou fazer coisas sem sentido?	Apenas Psicose	0 1	D
	Depressão	0 1	D
	Mania	0 1	D
	Álcool	0 1	D
	Drogas	0 1	D
	Outros (med.)	0 1	D

41. Quanto tempo durou (**comportamento desorganizado/bizarro**)?

SEMANAS

DISTÚRPIO FORMAL DO PENSAMENTO

Alguma vez alguém se queixou que quando estava a conversar o que dizia estava desorganizado ou não fazia sentido?

(SE SIM:) Como é que eles o descreveram?

ENTREVISTADOR: Se o indivíduo é incapaz de descrever o tipo de discurso passado, cotar baseado na observação ou cotar desconhecido.

	ALGUMA VEZ		
	NÃO	SIM	DES
42. Discurso desorganizado (Incoerência, Discurso perturbado e/ou ilógico)	Apenas Psicose	0 1	D
	Depressão	0 1	D
	Mania	0 1	D
	Álcool	0 1	D
	Drogas	0 1	D
	Outros (med.)	0 1	D
43. Discurso Estranho (digressivo, vago, hiper-elaborado, circunstancial, metafórico, perda de associações)	Apenas Psicose	0 1	D
	Depressão	0 1	D
	Mania	0 1	D
	Álcool	0 1	D
	Drogas	0 1	D
	Outros (med.)	0 1	D

44. Quanto tempo durou (**O Distúrbio Formal do pensamento**)?

SEMANAS

COMPORTAMENTO MOTOR CATATÓNICO

		ALGUMA VEZ		
		NÃO	SIM	DES
45. Rigidez Houve alguma altura em que o seu corpo tivesse ficado rígido numa dada posição de tal forma que não se podia movimentar?	Apenas Psicose	0	1	D
	Depressão	0	1	D
	Mania	0	1	D
	Álcool	0	1	D
	Drogas	0	1	D
	Outros (med.)	0	1	D
46. Estupor Alguma vez houve algum período em que estivesse incapaz de falar, de se mover ou a reagir ao que se passava à sua volta ? (SE SIM:) Alguém mais notou?	Apenas Psicose	0	1	D
	Depressão	0	1	D
	Mania	0	1	D
	Álcool	0	1	D
	Drogas	0	1	D
	Outros (med.)	0	1	D
47. Excitação Alguma vez esteve tão agitado que andava muito de um lado para o outro sem objectivo (não cotar se for mania)?	Apenas Psicose	0	1	D
	Depressão	0	1	D
	Mania	0	1	D
	Álcool	0	1	D
	Drogas	0	1	D
	Outros (med.)	0	1	D
48. Imobilidade motora evidenciada por catalepsia (inclui flexibilidade cérea) Achou que ficava na mesma posição durante muito tempo e que outras pessoas movendo o seu corpo podiam pô-lo numa posição, que mantinha como uma estátua?	Apenas Psicose	0	1	D
	Depressão	0	1	D
	Mania	0	1	D
	Álcool	0	1	D
	Drogas	0	1	D
	Outros (med.)	0	1	D
49. Negativismo Extremo Achou que não podia deixar de contrariar as instruções das outras pessoas ou de ficar em mutismo (i.e. ficar calado muito tempo)?	Apenas Psicose	0	1	D
	Depressão	0	1	D
	Mania	0	1	D
	Álcool	0	1	D
	Drogas	0	1	D
	Outros (med.)	0	1	D

		ALGUMA VEZ		
		NÃO	SIM	DES
50. Peculiaridades dos movimentos voluntários Fazia movimentos com todo o corpo, partes do corpo ou a cara, que eram fora do comum ou tinham de ser repetidos muitas vezes, sem que tivesse qualquer capacidade de os controlar?	Apenas Psicose	0	1	D
	Depressão	0	1	D
	Mania	0	1	D
	Álcool	0	1	D
	Drogas	0	1	D
	Outros (med.)	0	1	D
51. Ecolália ou ecopraxia Apercebeu-se que repetia as palavras ou movimentos de outras pessoas, não conseguindo impedir-se de fazer isso?	Apenas Psicose	0	1	D
	Depressão	0	1	D
	Mania	0	1	D
	Álcool	0	1	D
	Drogas	0	1	D
	Outros (med.)	0	1	D

52. Quanto tempo duraram (**sintomas catatónicos**)?

SEMANAS

ABULIA/APATIA

		ALGUMA VEZ		
		NÃO	SIM	DES

53. Teve algum período onde por muitos dias seguidos não se quis vestir ou começava as coisas mas não as acabava (não cotar se for depressão)?

Apenas Psicose	0	1	D
Depressão	0	1	D
Mania	0	1	D
Álcool	0	1	D
Drogas	0	1	D
Outros (med.)	0	1	D

ENTREVISTADOR: Este item só é cotado quando o indivíduo não é capaz de iniciar e persistir actividades dirigidas a um objectivo.

54. Quanto tempo durou (abulia/apatia)?

SEMANAS

ALOGIA

55. **Alogia**

Muitas vezes senti que não tinha nada para dizer? Outros comentaram que não falava muito, mesmo quando alguém lhe perguntava coisas ou que demorava muito a responder?

	ALGUMA VEZ		
	NÃO	SIM	DES
Apenas Psicose	0	1	D
Depressão	0	1	D
Mania	0	1	D
Álcool	0	1	D
Drogas	0	1	D
Outros (med.)	0	1	D

56. Quanto tempo durou (alogia)?

SEMANAS

AFETO

57. Alguma vez lhe pareceu não sentir emoções?

	ALGUMA VEZ		
	NÃO	SIM	DES
Apenas Psicose	0	1	D
Depressão	0	1	D
Mania	0	1	D
Álcool	0	1	D
Drogas	0	1	D
Outros (med.)	0	1	D

58. Alguma vez mostrou emoções que não eram apropriadas ao que estava a acontecer?

Apenas Psicose	0	1	D
Depressão	0	1	D
Mania	0	1	D
Álcool	0	1	D
Drogas	0	1	D
Outros (med.)	0	1	D

59. Quanto tempo durou (Afecto restrito/inapropriado)?

ALGUMA VEZ
SEMANAS

ATUAL/RECENTE
SEMANAS

**DESPERSONALIZAÇÃO/
DESREALIZAÇÃO**

60. **Despersonalização**

Alguma vez se sentiu como estando fora do seu corpo ou como se uma parte do seu corpo não lhe pertencesse?

	ALGUMA VEZ		
	NÃO	SIM	DES
Apenas Psicose	0	1	D
Depressão	0	1	D
Mania	0	1	D
Álcool	0	1	D
Drogas	0	1	D
Outros (med.)	0	1	D

61. **Desrealização**

Alguma vez as coisas à sua volta lhe pareceram irreais? Como se estivesse a sonhar?

Apenas Psicose	0	1	D
Depressão	0	1	D
Mania	0	1	D
Álcool	0	1	D
Drogas	0	1	D
Outros (med.)	0	1	D

**ENTREVISTADOR: NÃO PASSAR DA SECÇÃO DA PSICOSE SE O SUJEITO TIVER UM DISTÚRBO PSIQUIÁTRICO CRÓNICO COM ASPECTOS PSICÓTICOS.
ENTREVISTADOR: SE A PSICOSE É DESCRITA SEM DEPRESSÃO MAIOR OU MANIA CONCOMITANTE, PASSAR P/ P.64.**

63. Houve alguma vez um Período em que tinha (Sintomas psicóticos) e <u>não</u> se sentia (deprimido/eufórico ou excitado)?	<u>NÃO</u> <u>SIM</u> 0 1
63.a) (SE SIM:) Esses sintomas alguma vez duraram tanto como uma semana quando não estava (deprimido/eufórico)?	0 1
63.b) (SE NÃO NA P.63 OU P.63.a:) ENTREVISTADOR: Rever todos os sintomas psicóticos cotados presente durante depressão e cotar SIM se estiverem presentes sintomas psicóticos <u>incongruentes com o humor</u> durante depressão maior.	0 1

SE NÃO, EM P.63.b) PASSAR PARA AVALIAÇÃO CO-MORBIIDADE (PÁG.) OU EEE (PÁG.)
INÍCIO DOS PRIMEIROS SINTOMAS/EPISÓDIO

64. Que idade tinha a primeira vez que teve a experiência (descrever delírios, alucinações, ou outros critérios de esquizofrenia notados previamente pelo INDIVÍDUO)? IDADE

65. Quanto tempo duraram (Sintomas psicóticos)? DIAS ou SEMANAS
(Se menos que uma semana, cotar DIAS).

66. Voltou a sentir-se no seu normal durante pelo menos 2 meses? NÃO SIM DES
0 1 D

67. Quantos episódios teve? (Por episódios eu quero dizer alturas separadas por Períodos em que se sentia no seu normal durante pelo menos dois meses). EPISÓDIOS

ENTREVISTADOR: Registrar o número total (mínimo) de episódios ou Períodos de psicose (separados entre si por pelo menos dois meses). Se o indivíduo nunca voltou ao estado pré-mórbido durante pelo menos dois meses contar como um Período de doença.

ertifique-se que P.4-P.62 estão cotadas em ambas as colunas Actual/Mais Recente e coluna Alguma vez.

68.a). ENTREVISTADOR: Suspeita de autismo com base na secção de história médica ou outra informação?	<u>NÃO</u> <u>SIM</u> <u>DESC</u> 0 1 D
68.b). ENTREVISTADOR: Suspeita de outro Distúrbio Pervasivo do desenvolvimento com base na secção de história médica ou outra informação?	<u>NÃO</u> <u>SIM</u> <u>DESC</u> 0 1 D

DELINEAÇÃO DO EPISÓDIO ACTUAL OU MAIS RECENTE

69. Durante o episódio actual/mais recente, também teve...	<u>NÃO</u> <u>SIM</u> <u>DESC</u>
69 a) um episódio em baixo/depressivo?	0 1
69 b) um episódio eufórico/maníaco?	0 1
70. O episódio actual/mais recente seguiu-se ao aumento ou consumo excessivo de álcool? 1 D	0
(SE SIM:) Especificar _____	
71. O episódio actual/mais recente seguiu-se ao consumo de drogas ilegais? (SE SIM:) Especificar _____	0 1 D
72. O episódio actual/mais recente seguiu-se a doença médica grave? (SE SIM:) Especificar _____	0 1 D
73. O episódio actual/mais recente seguiu-se ao uso de medicação receitada pelo médico? (SE SIM:) Especificar _____	0 1 D
74. O episódio actual/mais recente seguiu-se a um acontecimento de vida muitíssimo stressante (tal como morte violenta de um familiar ou amigo)? (SE SIM:) Especificar _____	0 1 D
75.a). Durante o episódio actual/mais recente houve uma mudança na sua capacidade de funcionar no trabalho ou	

com a família e amigos? (Isto é, ficou incapaz de fazer o seu trabalho, ir à escola, fazer o trabalho doméstico ou executar os cuidados pessoais?) Houve uma diminuição na capacidade de se relacionar com a família e/ou amigos? 0 1
D

ENTREVISTADOR: Cote a deterioração do funcionamento: durante o curso da perturbação, o funcionamento em áreas tais como trabalho, relações sociais e cuidados pessoais está marcadamente abaixo do nível mais elevado conseguido antes do início da perturbação (ou quando o início é na infância ou adolescência, fracasso em atingir o nível de desenvolvimento social esperado).

75.b). (SE SIM:) Esta mudança no seu funcionamento continuou durante grande parte do tempo, desde que este episódio começou? 0 1
D

76. DSM III-R Psicose Reativa Breve

Durante o episódio atual/mais recente teve mudanças imprevisíveis e intensas do humor ou sentiu-se desorientado? 0 1 D

77. (SE DO SEXO FEMININO): O episódio atual/mais recente começou dentro de um período de 4 semanas após o parto? 0 1
D

SINTOMAS PRODRÓMICOS E RESIDUAIS

ENTREVISTADOR: COMPLETAR PRIMEIRO O PERÍODO PRODRÓMICO E DEPOIS COMPLETAR O PERÍODO RESIDUAL. SE O INDIVÍDUO ESTIVER EM FASE PSICÓTICA ATIVA COMPLETAR SOMENTE O PERÍODO PRODRÓMICO, DEPOIS PASSAR PARA P.79.

Não cotar como positivo, sintomas que são devidos a perturbação do humor ou a distúrbio de substâncias psicoativas.

Determinação do Período prodrómico residual:

(Perguntar após completar P.78 a-n)

78. Agora gostaria de lhe fazer perguntas sobre o ano anterior ao começo perguntas so-

(de sintomas psicóticos ativos).

Determinação do Período

Agora gostaria de lhe fazer

bre o ano a seguir ao desaparecimento (sintomas psicóticos).

	Durante esse Período....			Durante esse Período....		
	PERÍODO RESIDUAL			PERÍODO PRODRÓMICO		
	NÃO	SIM	DESC	NÃO	SIM	DESC
78.a) afastou-se da família e dos amigos, ficando socialmente isolado?	0	1	D	0	1	D
78.b) teve dificuldade em fazer o seu trabalho, ir à escola ou em fazer o trabalho doméstico?	0	1	D	0	1	D
78.c) fez alguma coisa fora do habitual, como colecionar lixo, falar sózinho em público ou armazenar comida? D			0	1	D	0
78.d) descuidou a sua higiene e arranjo pessoal?	0	1	D	0	1	D
78.e) parecia não ter emoções ou mostrava emoções que não se ajustavam ao que estava a acontecer (por exemplo, rir ou chorar em alturas despropositadas)? D	0		1	D	0	1
78.f) falava de um modo difícil de compreender, demorava muito tempo a atingir o assunto pretendido, ou faltavam-lhe as palavras certas (não devido a alterações da fala)?	0	1	D	0	1	D
78.g) teve crenças fora do habitual ou pensamento mágico, (ex. superstição, crença de clarividência, telepatia, sexto sentido, que "outros podem sentir os seus sentimentos"), ideias que não eram bem verdadeiras, pensar que outros se estavam a referir a si quando na realidade não estavam?	0	1	D	0	1	D
78.h) teve experiências visuais ou auditivas fora do habitual (ex., murmúrios, ruídos) sentindo a presença de uma força ou pessoa que de facto não estavam lá, ou sentindo que o mundo é irreal?	0	1	D	0	1	D
78.i) Teve dificuldade em ir fazendo as coisas, ou sem interesses ou energia? D			0	1	D	0
78.j) Pensava que as coisas à sua volta, tais como programas de TV ou artigos de jornais tinham algum significado especial só para si? D			0	1	D	0
Pensava que as pessoas falavam de si ou riam de si? Pensava que estava a receber mensagens especiais de outras maneiras?						
78.k) Sentia-se nervoso em ter outras pessoas à sua volta, ou em ir a festas ou outros acontecimentos sociais? Aceitava mal as críticas?	0	1	D	0	1	D

78.l) Preocupou-se que as pessoas lhe tivessem feito alguma?
 Achava que a maioria das pessoas eram seus inimigos?
 Pensava que as pessoas o gozavam?

	0	1	D		0	1	D
PERÍODO RESIDUAL	NÃO SIM DESC			PERÍODO PRODRÓMICO	NÃO SIM DESC		

(SÓ PRODRÓMICO:)

78.m) Quanto tempo teve essas experiências antes de ter (Aspectos Psicóticos Activos?)

SEMANAS

N/A

78.n) Foi este um ano típico da sua maneira de ser habitual (isto é como o INDIVÍDUO era antes do início dos primeiros sintomas)?

NÃO SIM DESC
 0 1 D

N/A

ENTREVISTADOR: Voltar à página para determinar o Período Residual, e cotar na Coluna Residual.

PERÍODO RESIDUAL	NÃO SIM DESC			PERÍODO PRODRÓMICO	NÃO SIM DESC		
-------------------------	---------------------	--	--	---------------------------	---------------------	--	--

(SÓ RESIDUAL:)

78.o) Quanto tempo teve essas experiências depois de (Aspectos Psicóticos Activos) terem parado?

SEMANAS

N/A

78.p) Voltou à sua maneira habitual de ser (como o INDIVÍDUO era antes da idade do início dos primeiros sintomas)?

NÃO SIM DESC
 0 1 D

N/A

DISTÚRBO ESQUIZOAFETIVO, TIPO MANÍACO

ENTREVISTADOR: SE O INDIVÍDUO NUNCA TEVE UM PERÍODO DE MANIA/HIPOMANIA, PASSAR PARA P.89. SE OS SINTOMAS PSICÓTICOS OCORRERAM DURANTE MANIA, CONTINUE.

Mencionou anteriormente que tinha tido Períodos em que se sentiu (Humor maníaco).

79. Alguma vez os (Delírios ou Alucinações) ocorreram quando se sentia extremamente alegre ou eufórico ou quando se sentia demasiado irritável?
 (SE SIM:) Registrar a resposta:

NÃO SIM
 0 1

SE NÃO, PASSAR PARA P. 89.

80. O episódio maníaco corresponde a qualquer um dos episódios maníacos descritos anteriormente?

NÃO SIM DESC

ENTREVISTADOR: Indicar se o episódio maníaco corresponde aos Períodos maníacos descritos na secção da MANIA.

0 1 D

SE SIM, PASSAR PARA P.83.

81. Durante o Período em que se sentia especialmente alegre ou eufórico e também tinha (sintomas psicóticos) teve...

ENTREVISTADOR: Cotar SIM ou NÃO para cada sintoma.

	<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>	<u>DESC</u>
Pressão do discurso/falador?	0	1	D
Pensamentos acelerados?	0	1	D
Aumento da auto-estima/grandiosidade?	0	1	D
Diminuição do sono?	0	1	D
Distractibilidade?	0	1	D
Aumento da actividade/agitação psicomotora?	0	1	D
Falta de crítica/comportamento perigoso?	0	1	D

82. **ENTREVISTADOR: Registrar o número de sintomas definitivos.**

SX

[Se eufórico, critério = 3] [Se só irritável, critério = 4]

83. Esses episódios seguiram-se somente ao consumo ou abstinência de bebidas alcoólicas ou drogas?

NÃO SIM DESC
 0 1 D

ENTREVISTADOR : SE O INDIVÍDUO NÃO PREENCHE O CRITÉRIO DE MANIA PASSAR PARA P. 89.

84. **Presença de sintomas psicóticos congruentes com o humor**

Cotar SIM se os sintomas psicóticos que ocorreram durante qualquer episódio maníaco tinham um

conteúdo completamente consistente com temas de sobrevalorização, poder, etc. 0 1 D

85. **Presença de sintomas psicóticos incongruentes com o humor**

Cotar SIM se os sintomas psicóticos que ocorreram durante qualquer episódio maníaco tinham um conteúdo não consistente com temas de sobrevalorização, poder, conhecimento, identidade, ou parentesco especial com uma divindade ou pessoa famosa.

NÃO SIM DESC

0 1 D

Persistência de sintomas psicóticos após resolução dos sintomas afetivos

86. As (alucinações / delírios) alguma vez continuaram depois do seu humor ter voltado ao normal ? 0 1 D

86.a) (SE SIM:) Qual foi o maior Período de tempo que esses SEMANAS
sintomas duraram após o humor ter voltado ao normal?

87. Os (outros sintomas psicóticos tais como distúrbio formal do pensamento, comportamento bizarro catatonía) alguma vez continuaram depois do seu humor ter voltado ao normal? NÃO SIM DESC
0 1 D

87.a) (SE SIM:) Qual foi o maior Período de tempo que esses SEMANAS
sintomas duraram após o humor ter voltado ao normal?

88. ENTREVISTADOR: Os Síndromas Afetivos foram breves relativamente aos sintomas Psicóticos? NÃO SIM
0 1

DISTÚRBO ESQUIZOAFETIVO, TIPO DEPRESSIVO.

ENTREVISTADOR: SE O INDIVÍDUO NUNCA TEVE UM PERÍODO DE DEPRESSÃO QUE DURASSE PELO MENOS UMA SEMANA, PASSAR PARA P.99. SE OS SINTOMAS PSICÓTICOS OCORRERAM DURANTE UMA DEPRESSÃO MAIOR, CONTINUE.

Mencionou anteriormente que teve Períodos em que se sentiu (**Humor deprimido**) durante pelo menos uma semana. NÃO SIM
89. Alguma vez os (**delírios/alucinações**) ocorreram quando se sentia especialmente deprimido? 0 1

(SE SIM:) Registrar a resposta: _____

SE NÃO, PASSAR PARA P.99.

90. O episódio depressivo correspondeu a qualquer um dos episódios depressivos descritos anteriormente? NÃO SIM DESC
0 1 D

SE SIM, PASSAR PARA P.93.

91. Durante o Período em que se sentia especialmente deprimido e também tinha (**sintomas psicóticos**) teve...

ENTREVISTADOR: Cotar SIM ou NÃO para cada sintoma.

	<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>	<u>DESC</u>
Alterações do apetite/peso?	0	1	D
Dificuldade em dormir?	0	1	D
Alterações no nível de actividade (psicomotor)?	0	1	D
Fadiga/perda de energia?	0	1	D
Perda de interesse/prazer?	0	1	D
Baixa auto-estima/culpa?	0	1	D
Dificuldades de concentração?	0	1	D
Ideias de morte ou suicídio?	0	1	D

92. ENTREVISTADOR: Registrar o número de sintomas definitivos. SX
(Critério = 4 se somente atual) (Critério = 3 se passado)

93. Esses episódios seguiram-se somente ao consumo ou abstinência de bebidas alcoólicas ou drogas? NÃO SIM DESC
0 1 D

ENTREVISTADOR: SE O INDIVÍDUO NÃO PREENCHE O CRITÉRIO DE DEPRESSÃO, PASSAR PARA P.99

94. Presença de sintomas psicóticos congruentes com o humor

Cotar SIM se os sintomas psicóticos que ocorreram durante qualquer episódio depressivo tinham um conteúdo que era **completamente** consistente com temas de inadequação pessoal, culpa etc. 0 1 D

95. Presença de sintomas psicóticos incongruentes com o humor

Cotar SIM se os sintomas psicóticos que ocorreram durante qualquer episódio depressivo tinham um conteúdo que **não** era consistente com temas de inadequação pessoal, culpa etc. 0 1 D

Persistência de sintomas psicóticos após resolução dos sintomas afectivos

96. As (alucinações/delírios) alguma vez continuaram depois do seu humor ter voltado ao normal? 0 1 D

96.a) (SE SIM:) Qual foi o maior Período de tempo que esses sintomas duraram após o humor ter voltado ao normal? SEMANAS

97. Os (outros sintomas psicóticos tais como distúrbio formal do pensamento, comportamento bizarro, catatonia) NÃO SIM

DESC

alguma vez continuaram depois do seu humor ter voltado ao normal? 0 1 D

97.a) (SE SIM:) Qual foi o maior Período de tempo que esses sintomas duraram após o humor ter voltado ao normal? SEMANAS

98. ENTREVISTADOR: Os Síndromas Afectivos foram breves relativamente aos sintomas Psicóticos. NÃO SIM
0 1

POLIDIPSIA

99. Alguma vez bebeu líquidos demais durante Períodos prolongados de tal modo que teve problemas de baixa de sódio, ataques, confusão, dificuldades urinárias, ou outras complicações médicas? NÃO SIM DESC
0 1
D

PADRÃO DE SINTOMAS

Esta avaliação só pode ser feita para pessoas com episódios psicóticos.

100. ENTREVISTADOR: Colocar um circulo no padrão apropriado nas descrições abaixo mencionadas:

1 = **Continuamente Positivo:** Neste padrão o INDIVÍDUO quando doente tem predominantemente sintomas positivos. Durante os Períodos de remissão, ele pode ter sintomas negativos ligeiros ou estar relativamente assintomático.

2 = **Predominantemente Negativo:** O INDIVÍDUO pode ter Períodos de psicose ligeira com alguns delírios e alucinações, mas as características clínicas predominantes durante a maior parte da doença são sintomas negativos. Assim, ele está a maior parte do tempo num estado de défice crónico com momentos ocasionais de delírios, alucinações, ou desorganização social.

3 = **Predominantemente Positivo Convertendo-se em Predominantemente Negativo:** Neste padrão o INDIVÍDUO começa com um número de episódios caracterizados por sintomas positivos, mas estes tornam-se mais largamente espaçados, entre os quais o INDIVÍDUO entra num estado deficitário. Eventualmente, ele permanece no estado deficitário durante um Período de tempo prolongado (ex., dois ou três anos), durante os quais ele pode ter momentos ocasionais ligeiros de sintomas positivos.

4 = **Negativo convertendo-se em Positivo:** Neste padrão o INDIVÍDUO começa num estado deficitário com uma história de funcionamento pré-mórbido pobre. Depois desenvolve um quadro psicótico florido que é relativamente proeminente e persistente, e em seguida não passa muito tempo no estado deficitário. É provável que este padrão seja muito pouco comum. Os indivíduos que têm uma história de ajustamento pré-mórbido pobre na adolescência e que simplesmente voltam a este grau de funcionamento entre os episódios deverão ser classificados no Padrão 1 em vez de no Padrão 4.

5 = **Mistura Contínua de Sintomas Positivos e Negativos:** Este padrão consiste em concomitância e continuamente presença de psicose activa e sintomas negativos.

Classificação do curso longitudinal da Esquizofrenia

101. Estes especificadores podem apenas ser aplicados depois de ter decorrido 1 ano desde o início da fase ativa de sintomas

Episódico com Sintomas Residuais Interepisódicos: Quando o curso é caracterizado por episódios nos quais é preenchido o Critério A para Esquizofrenia e existem sintomas residuais clinicamente significativos, entre os episódios. Pode ser acrescentado **Com Sintomas**

Negativos Proeminentes, se estiverem presentes sintomas negativos proeminentes, durante esses períodos residuais.

Episódico sem Sintomas Residuais Interepisódicos: Quando o curso é caracterizado por episódios nos quais é preenchido o Critério A para Esquizofrenia e não existem sintomas residuais clinicamente significativos, entre os episódios.

Contínuo: Quando estão preenchidos os sintomas característicos do Critério A, ao longo de todo (ou quase) o curso. Pode ser acrescentado **Com Sintomas Negativos Proeminentes**, se também estiverem presentes sintomas negativos proeminentes.

Episódio Único em Remissão Parcial: Quando houve apenas um único episódio no qual foi preenchido o Critério A para Esquizofrenia e permanecem alguns sintomas residuais clinicamente significativos. Pode ser acrescentado **Com Sintomas Negativos Proeminentes**, se esses sintomas residuais incluem sintomas negativos proeminentes

Episódio Único em Remissão Completa: Quando houve apenas um único episódio no qual foi preenchido o Critério A para Esquizofrenia e não permanecem sintomas residuais clinicamente significativos.

Outro ou Padrão Não Especificado: Se esteve presente outro ou não especificado padrão de curso.

Padrão de Gravidade

102. Padrão de gravidade (coloque um círculo em torno do padrão apropriado):

1. **Mudança Episódica** Os episódios de doença são intercalados com Períodos de saúde ou próximos da normalidade

2. **Deterioração Leve** Ocorrem períodos de doença, mas também há períodos extensos de um retorno próximo da normalidade, com alguma capacidade para trabalhar num emprego e com um funcionamento social normal ou próximo da normalidade

3. **Deterioração Moderada** O indivíduo pode ocasionalmente experienciar alguma resolução de sintomas, mas o curso global é descendente, culminando num grau relativamente grave de incapacidade social e ocupacional.

4. **Deterioração Grave** A doença do indivíduo tornou-se crônica, resultando em incapacidade para manter um emprego (fora de oficinas protegidas) e incapacidade social.

5 = **Relativamente Estável** A doença do indivíduo não mudou significativamente

M. ENTREVISTA ESTRUTURADA MODIFICADA PARA ESQUIZOTIPIA*, **

APENAS PARA OS CENTROS DE ESQUIZOFRENIA

Duração da Entrevista: _____ (minutos)

Hora do Início da Entrevista EEE: _____

* Desenvolvido por Kenneth S. Kendler, M.D.

** Modificado por NIMH Genetics Initiative Schizophrenia Linkage Sites

Até agora, tenho-lhe feito perguntas sobre sentimentos, emoções ou experiências específicas que possa ter tido na sua vida. A parte seguinte da entrevista foi feita de modo a aprendermos mais acerca da sua personalidade -- que tipo de pessoa é em geral. Para algumas das questões, os seus sentimentos podem ter mudado ao longo dos anos. Se for esse o caso, por favor responda em relação a como tem sido a sua maneira de ser mais típica durante a maior parte da sua vida adulta.

ISOLAMENTO SOCIAL/INTROVERSÃO

1. Quantos amigos tem? Por amigos quero dizer pessoas

com as quais contacta regularmente pessoalmente, por telefone ou por carta.

AMIGOS

SE NENHUM, PASSAR PARA P.4

NÃO SIM
6 0

1.a) (SE SOMENTE UM AMIGO:) Gostaria ter mais amigos?

2. Com que frequência tem contactos com amigos--ou vê-los, falar com eles ao telefone ou por carta? Diria que isso acontece...

SE NUNCA, COTAR 6 E PASSAR PARA P.4

0 = Todos os dias 1 = Duas ou três vezes por semana 2 = Uma vez por semana 3 = Uma vez por mês 4 = Menos de uma vez por mês 6 = Nunca

SE COTADO 0, 1, OU 2, PASSAR PARA P.3

NÃO SIM
6 0

2.a) Teste de seguimento: Gostaria ter mais contatos do que tem?

3. Que intimidade sente ter com o(s) seu(s) amigo(s)? Diria...

0 = Muito íntimo 2 = Razoavelmente íntimo 4 = Um pouco íntimo 6 = Sem intimidade

4. Outra coisa que gostaria de saber é com que frequência tem contactos com os seus parentes (sem contar com aqueles com quem vive). Com que frequência os vê, fala com eles ao telefone ou escreve cartas? Diria que isso acontece...

0 = Todos os dias 1 = Duas ou três vezes por semana 2 = Uma vez por semana 3 = Uma vez por mês 4 = Menos de uma vez por mês 6 = Nunca

5. Com que frequência vai a reuniões de clubes, sociedades recreativas ou outras associações? Ao responder, por favor não conte com os serviços religiosos. Diria que isso acontece...

0 = Mais que uma vez p/semana 1 = Uma vez p/semana 2 = Algumas vezes p/ mês 3 = Uma vez p/ mês 4 = Menos de 1 vez p/ mês 6 = Nunca

6. Com que frequência vai a serviços religiosos? Diria que isso acontece...

0 = Mais que 1 vez p/semana 1 = 1 vez p/semana 2 = Algumas vezes p/ mês 3 = 1 vez p/ mês 4 = Menos de 1 vez p/mês 6 = Nunca

NÃO SIM
6 0

7. Há alguma pessoa fora da sua família próxima com quem tenha uma relação íntima, e com quem pode partilhar os sentimentos mais íntimos?

(SE CASADO, ACRESCENTE: "Isto pode incluir o seu marido/mulher.")

SE NÃO, COTAR P.8 COMO "00".

PESSOAS

8. Com quantas pessoas tem esse tipo de relação?

9. ENTREVISTADOR: Cote a Avaliação Global de Isolamento Social

AUSENTE LEVE MODERADO ACENTUADO
 01 | 2 3 4 5 6

SE AUSENTE, PASSAR PARA P.11

10. ENTREVISTADOR: Avalie a Razão Objectiva do Isolamento Social

(i.e., doença, incapacidade física, morte da maior parte dos amigos, viver em local muito isolado sem transportes).

Teste: A sua saúde física tem tornado mais difícil sair para se encontrar com outras pessoas? A sua situação de vida ou a falta de transportes tem tornado difícil sair para se encontrar com outras pessoas?

0 = Razão objectiva clara--provavelmente explica tudo 3 = Alguma razão objectiva--não explica tudo 6 = Sem razão objectiva

11. As pessoas diferem no modo como gostam de estar sózinhas/estar com outras pessoas. Isto é, algumas pessoas são mais solitárias e outras mais sociáveis. No global, acha ser muito solitário, razoavelmente solitário, um pouco solitário ou nada solitário?

0 = Nada solitário 2 = Um pouco solitário 4 = Razoavelmente solitário 6 = Muito solitário

12. No geral, considera-se uma pessoa ...

0 = Muito sociável 2 = Razoavelmente sociável 4 = Pouca sociável 6 = Nada sociável

13. Por favor responda às seguintes questões sobre o tipo de pessoa que tem sido durante a maior parte da sua vida. Responda verdadeiro ou falso.

VERD. FALSO

13.a) Prefiro passatempos e actividades de lazer que não envolvam outras pessoas.

6 0

13.b) Habitualmente satisfaço-me em sentar-me sózinho, pensar e sonhar acordado.

6 0

ou insultado por outros? 0

22.a) (SE SIM:) Com que frequência isso acontece?
2 = Raramente 4 = Algumas vezes 6 = Frequentemente

23. Perde a calma com facilidade? 0 6

23.a) (SE SIM:) Com que frequência?
2 = Raramente 4 = Algumas vezes 6 = Frequentemente

24. ENTREVISTADOR: Cote a Avaliação Global da Cólera à Percepção de Desconsiderações.

AUSENTE LIGEIRO MODERADO ACENTUADO
0 1 2 3 4 5 6

ANSIEDADE SOCIAL

25. Gostaria de lhe ler uma lista de perguntas acerca de como se sentiu em situações sociais. As respostas possíveis a essas questões são sempre, frequentemente, algumas vezes ou nunca. (CARTÕES EEE, Pág. 168) Novamente responda a estas questões em relação a como tem sido a sua maneira de ser mais típica durante a maior parte da sua vida adulta.

	SEMPRE	FREQUENTE	ALGUMAS VEZES	NUNCA
25.a) Quando está em situações sociais, com que frequência se sente desconfortável? Diria que sempre, frequentemente, algumas vezes ou nunca?	6	4	2	0
25.b) Antes de ir a um acontecimento social, com que frequência se sente ansioso?	6	4	2	0
25.c) Quando está em situações sociais, com que frequência se preocupa demasiado acerca do que as outras pessoas possam pensar de si?	6	4	2	0
25.d) Com que frequência evitaria situações sociais em que sabia que teria de se encontrar com pessoas?	6	4	2	0
25.e) Quando está numa situação social, durante quanto tempo se preocupa de que possa dizer coisa errada ou parecer tolo?	6	4	2	0

26. ENTREVISTADOR: Cote a Avaliação Global da Ansiedade Social.

AUSENTE LIGEIRO MODERADO ACENTUADO
01 2 3 4 5 6

SE AUSENTE PASSAR PARA IDEIAS DE REFERÊNCIA (PARTE I) - P.28.

27. Mencionou sentir-se desconfortável ou pouco à vontade em algumas situações sociais. Esse desconforto tende a diminuir depois de conhecer as pessoas? NÃO SIM
6 0

IDEIAS DE REFERÊNCIA (PARTE I) - SENTIR-SE OBSERVADO

28. Uma vez ou outra, quando em público, muitas pessoas têm tido a sensação que estão a ser observadas. Com que frequência tem tido essa sensação? Diria que frequentemente, algumas vezes, raramente ou nunca?
0 = Nunca

SE NUNCA, PASSAR PARA P.35

2 = Raramente 4 = Algumas vezes 6 = Frequentemente

29. Quando isso acontece, tem a sensação que está a ser observado por muitas pessoas, só por algumas pessoas ou só por uma pessoa?
2 = Uma pessoa 4 = Algumas pessoas 6 = Muitas pessoas

30. Quando isso acontece (a sensação de ser observado), sente que está a ser escolhido como foco de atenção especial?
2 = Não 4 = Possivelmente 6 = Sim sem dúvida

31. Pode dar-me um exemplo de uma ocasião que se lembre em que teve a sensação de ser observado por outros?

Registar a resposta exactamente como a pessoa diz: _____

32. Porque pensou que estavam a olhar para si?

ENTREVISTADOR: Registe qualquer razão realista para o indivíduo estar a ser observado (ex., apreciação sexual, anomalia física, roupas pobres, sotaque, etc.), e depois cote.

0 = Fortes razões realistas, descrevendo uma reacção normal

SE 0, PASSAR PARA P.35

2 = Alguma razão realista, mas reacção exagerada 4 = Poucas razões realistas, reacção muito exagerada 6 = Sem razões realistas evidentes

33. Onde estava quando teve a sensação de ser observado?

Teste: Foi somente perto do local onde vive? E o que é que acontece quando se desloca para outra localidade?

0 = Não aplicável, nunca se deslocou para longe do local de residência 2 = Somente perto da residência
4 = Somente longe da residência 6 = Tanto perto como longe da residência

34. As pessoas que parecem observá-lo são suas conhecidas, desconhecidas ou ambas?

2 = Somente conhecidas 4 = Somente desconhecidas 6 = Tanto conhecidas como desconhecidas

35. Se fosse a um local público amanhã, pensa que seria observado? Diria que sem dúvida que sim, provavelmente sim, provavelmente não ou sem dúvida que não?

0 = Sem dúvida que não 2 = Provavelmente não

SE 0 OU 2 E SE P.32 FOR ULTRAPASSADA OU COTADA 0, PASSAR PARA AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE SOCIAL ESQUIZOTÍPICA - P.36.

4 = Provavelmente sim

6 = Sem dúvida que sim

NÃO SIM

35.a) (SE P.26 COTADA 2 OU MAIS:) Quero voltar um pouco atrás. Antes falou acerca de se sentir desconfortável ou pouco à vontade em situações sociais. Diria que o seu desconforto está relacionado com a sensação de estar a ser observado ou de que as outras pessoas lhe estão a prestar especial atenção?

0 6

SE NÃO, PASSAR PARA A AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE SOCIAL ESQUIZOTÍPICA - P.36

35.b) (SE SIM:) O seu desconforto acerca de ser observado é maior em público entre pessoas que não conhece do que em situações em que conhece as pessoas?

0 6

SE NÃO PASSAR PARA A AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE SOCIAL ESQUIZOTÍPICA - P.36

35.c) (SE SIM:) Até que ponto é maior o seu desconforto (com pessoas desconhecidas)?

Registar a resposta exactamente como a pessoa diz: _____

36. ENTREVISTADOR: Registe a Ansiedade Social Esquizotípica.

Cote o grau de ansiedade social relacionado com pessoas não familiares que tende a estar associado com medos paranóides ou que não diminuem com a familiaridade. (Baseado em P.26-P.28, P.32, P.35, P.35.a e P.35.b)

AUSENTE LEVE MODERADO ACENTUADO
0 1 2 3 4 5 6

IDEIAS DE REFERÊNCIA (PARTE II) - COMENTÁRIOS

37. Quando em lugares públicos algumas pessoas têm a sensação, que as pessoas à sua volta estão a falar delas. Alguma vez teve essa sensação?

NÃO SIM

0 6

SE NÃO, PASSAR PARA P.38

37.a) (SE SIM:) Com que frequência tem essa sensação? Diria frequentemente, algumas vezes, ou só raramente?

2 = Raramente 4 = Algumas vezes 6 = Frequentemente

38. E em relação à sensação de se rirem de si, em público? Isso acontece-lhe frequentemente, algumas vezes, raramente ou nunca?

0 = Nunca

SE NÃO A P.37 E NUNCA A P.38, PASSAR PARA P.41

2 = Raramente

4 = Algumas vezes

6 = Frequentemente

39. As pessoas falam (e/ou) riem mais de si do que dos outros?

2 = Não 4 = Possivelmente 6 = Sem dúvida

40. Porque pensa que estão a falar (e/ou) a rir de si?

ENTREVISTADOR: Registe as razões objectivas para as reacções.

0 = Fortes razões realistas, descrevendo uma reacção normal 2 = Algumas razões realistas, mas reacção exagerada

4 = Poucas razões realistas, reacção muito exagerada 6 = Sem razões realistas evidentes

41. Quando está em público, com que frequência sente que outras pessoas estão a fazer comentários a seu respeito? (**Teste:** Com que frequência as pessoas lhe tentam dizer alguma coisa sem o dizer diretamente?)

Diria que frequentemente, algumas vezes, raramente ou nunca?

0 = Nunca

SE 0, PASSAR PARA P.43

2 = Raramente

4 = Algumas vezes

6 = Frequentemente

42. Pode dar-me um exemplo ou dois disso (uma ocasião em que as pessoas estivessem a fazer comentários a seu respeito)?

0 = Sem dúvida normal

2 = Provavelmente normal

4 = Provavelmente patológico

6 = Sem dúvida patológico

NÃO SIM

43. Alguma vez lhe pareceu que as pessoas à sua volta diziam coisas com duplo sentido, parecendo estarem a falar normalmente, mas na realidade estavam a fazer comentários desagradáveis a seu respeito?

0 6

Se SIM, teste e só depois cote SIM se for patológico.

SE NÃO, PASSAR PARA COTAÇÃO DA AVALIAÇÃO GLOBAL - P.44

43.a) (SE SIM:) Com que frequência as pessoas à sua volta parecem ter esse tipo de conversa com duplo sentido? Diria que frequentemente, algumas vezes, ou só raramente ?

2 = Raramente

4 = Algumas vezes

6 = Frequentemente

44. ENTREVISTADOR: Cote a Avaliação Global das Ideias de Referência.

AUSENTE

LEVE

MODERADO

ACENTUADO

0

1

2

3

4

5

6

DESCONFIANÇA

Lembre-se que nesta parte da entrevista, vou perguntar-lhe acerca do tipo de pessoa que é geralmente. Por favor responda a estas questões em relação a como tem sido a sua maneira de ser mais típica durante a maior parte da sua vida adulta.

45. Algumas pessoas têm a tendência para ser confiantes por natureza, enquanto outras estão menos inclinadas a confiar nas pessoas. No geral considera-se como uma pessoa...

0 = Muito confiante

2 = Razoavelmente confiante

4 = Pouco confiante

6 = Nada confiante

46. As pessoas diferem nas suas opiniões sobre as pessoas e em que medida se pode realmente confiar nelas. Aqui estão duas opiniões diferentes sobre as pessoas. A primeira é, "A maioria das pessoas não são de confiança. Se lhes derem oportunidade elas aproveitam-se de nós". A segunda opinião é, "A maioria das pessoas são basicamente de confiança. Se lhes derem oportunidade elas farão os possíveis para ajudar o semelhante". Em qual destas opiniões acredita mais?

0 = Na Segunda

3 = Entre as duas

6 = Na primeira

47. Gostaria agora de ler uma lista de sentimentos que algumas pessoas têm. Quero que me diga com que frequência teve sentimentos deste tipo. As respostas possíveis são frequentemente, algumas vezes, raramente ou nunca?(CARTÃO EEE, P. 169)

	Frequente	Algumas Vezes	Raramente	Nunca
47.a) Sinto que as pessoas que conheço não são realmente de confiança. Diria que frequentemente, algumas vezes, raramente ou nunca?	6	4	2	0
47.b) Sinto que as pessoas me criticam mais do que eu mereço.	6	4	2	0
47.c) Sinto que devo estar de sobreaviso em relação às outras pessoas.	6	4	2	0
47.d) Sinto que as pessoas me culpam por coisas de que não tenho culpa	6	4	2	0

48. Para as afirmações seguintes, diria que concorda sem dúvida, concorda provavelmente, discorda provavelmente, discorda sem dúvida? (CARTÃO EEE, Pág. 170)

	SEM DÚVIDA CONCORDA	PROVAVEL/ CONCORDA	PROVÁVEL DISCORDA	SEM DÚVIDA DISCORDA
48.a) Pelo sim pelo não é provavelmente mais seguro nunca confiar em ninguém.	6	4	2	0
48.b) Se confiar demasiado nas pessoas, mais tarde ou mais cedo elas irão desiludir-me.	6	4	2	0

48.c) Se não tiver cuidado, os outros podem aproveitar-se de mim.	6	4	2	0
48.d) As pessoas parecem mentir-me muito.	6	4	2	0
48.e) Se fizer confidências às pessoas, mais tarde ou mais cedo elas usarão as informações que lhes dei, para me prejudicar.	6	4	2	0
48.f) Guardo ressentimentos muito tempo.	6	4	2	0
48.g) Sinto que tenho sido vítima de alguma espécie de conspiração.	6	4	2	0

NÃO SIM

49. Existem pessoas que deliberadamente se preocuparam em prejudicar ou lhe dificultar a vida?

0 6

SE NÃO, PASSAR PARA P.50

49.a) (SE SIM:) O que o leva a pensar isso? De que modo é que lhe dificultaram a vida?

0 = Sem dúvida normal 2 = Provavelmente normal 4 = Provavelmente patológico 6 = Sem dúvida patológico

NÃO SIM

50. Para se proteger dos outros, sente que deve tomar precauções?

0 6

SE NÃO, PASSAR PARA P.51

50.a) (SE SIM:) Que precauções toma?

0 = Sem dúvida normal 2 = Provavelmente normal 4 = Provavelmente patológico 6 = Sem dúvida patológico

51. De que maneira se relaciona com os seus vizinhos?

Teste: Teve alguma discussão com eles? Algum deles procurou ter desavenças consigo? Porque é que agiram desse modo?

0 = Sem problemas com os vizinhos

2 = Problemas com os vizinhos, mas aparentemente justificados

4 = Problemas com os vizinhos, improvável serem justificados

6 = Problemas graves com os vizinhos, não justificados

52. ENTREVISTADOR: Cote a Avaliação Global da Desconfiança.

(baseado unicamente no relato do indivíduo)

AUSENTE

LEVE

MODERADO

ACENTUADO

01

2

3

4

5

6

SE AUSENTE, PASSAR PARA CIÚME PATOLÓGICO - P.54

53. ENTREVISTADOR: Registe as Razões Objetivas para a Desconfiança.

Teste: Você disse “.....”. Aconteceu alguma coisa na sua vida para se sentir desse modo?

Cote baseado em P.49.a, P.50.a, e P.51

0 = Muito 2 = Alguma coisa 4 = Pouca coisa 6 = Nada

CIÚME PATOLÓGICO

NÃO SIM

54. Sente ciúmes facilmente?

0 6

SE NÃO, PASSAR PARA P.55

(SE SIM:)

54.a) Que tipo de coisas o tornam ciumento?

Registar a resposta exatamente como a pessoa diz: _____

54.b) Com que frequência se sente ciumento?

2 = Raramente 4 = Algumas vezes 6 = Frequentemente

54.c) Que problemas é que isso lhe causa?

Registar a resposta exatamente como a pessoa diz: _____

- 54.d) ENTREVISTADOR: Cote baseado em P.54 a-c

0 = Sem dúvida normal 2 = Provavelmente normal 4 = Provavelmente patológico 6 = Sem dúvida patológico

NÃO SIM

55. Alguma vez achou que a sua mulher/marido ou companheira(o) lhe era infiel?

0 6

SE NÃO, PASSAR PARA COTAÇÃO GLOBAL - P.56

55.a) (SE SIM:) Como é que descobriu?

Registrar a resposta exatamente como a pessoa diz: _____

55.b) (SE SIM:) Como é que reagiu à situação?

Registrar a resposta exatamente como a pessoa diz: _____

55.c) ENTREVISTADOR: Cote baseado em P.55 a-b

0 = Sem dúvida normal 2 = Provavelmente normal 4 = Provavelmente patológico 6 = Sem dúvida patológico

56. ENTREVISTADOR: Cote a Avaliação Global do Ciúme Patológico.

AUSENTE 0 1 2 3 4 5 6 ACENTUADO

LEVE MODERADO

RESTRICÇÃO EMOCIONAL

57. A seguir tenho uma lista de breves afirmações. Pode dizer-me se para si elas são verdadeiras frequentemente, algumas vezes, raramente ou nunca? (CARTÕES EEE, Página 169)?

	Frequente/	Algumas vezes	Raramente	Nunca
57.a) Eu quero abraçar as pessoas das quais me sinto próximo.	0	2	4	6
57.b) Eu sinto-me muito feliz.	0	2	4	6
57.c) Eu sinto-me muito triste.	0	2	4	6
57.d) Eu mostro os meus verdadeiros sentimentos.	0	2	4	6
57.e) Tenho emoções fortes sobre questões políticas ou sociais	0	2	4	6
57.f) Sinto-me tocado emocionalmente por coisas tal como música ou a beleza da natureza.	0	2	4	6
57.g) Sinto-me sentimental	0	2	4	6
57.h) Mostro afeição pelas pessoas de que gosto.	0	2	4	6

58. ENTREVISTADOR: Cote a Avaliação Global da Restrição Emocional.

AUSENTE 0 1 2 3 4 5 6 ACENTUADO

LEVE MODERADO

PENSAMENTO MÁGICO

59. A seguir tenho uma lista de afirmações. Pode dizer-me se pensa que para si elas são sem dúvida verdadeiras, provavelmente verdadeiras, provavelmente não verdadeiras ou sem dúvida não verdadeiras. (CARTÕES EEE, Página 167)

	DE CERTEZA VERDAD.	TALVEZ É VERDAD.	TALVEZ É NÃO VERDAD.	DE CERTEZA NÃO VERDAD.
59.a) Se eu quiser, penso que posso aprender a ler o pensamento dos outros.	6	4	2	0
59.b) Os horóscopos acertam demasiadas vezes para ser coincidência.	6	4	2	0
59.c) Números como 13 e 7 têm poderes especiais.	6	4	2	0
59.d) Algumas vezes posso prever o futuro.	6	4	2	0
59.e) Os amuletos de sorte afastam o mal.	6	4	2	0
59.f) Sinto que posso provocar alguns acontecimentos apenas pensando muito sobre eles.	6	4	2	0
59.g) Sinto que os espíritos dos mortos podem influenciar os vivos.	6	4	2	0
59.h) Acredito em bruxarias.	6	4	2	0
59.i) Os acidentes podem ser causados por forças misteriosas.	6	4	2	0

60. Agora, tenho outra lista de afirmações. Gostaria de saber com que frequência tem experiências deste tipo. As respostas possíveis são frequentemente, algumas vezes, raramente ou nunca. (CARTÕES EEE, Página 169)

	Frequente/	Algumas vezes	Raramente	Nunca
60.a) Eu comunico com os outros somente usando o meu pensamento. Diria que Frequente/, algumas vezes, rara/ ou nunca?	6	4	2	0

60.b) Sinto quando coisas más estão para acontecer às pessoas que me são próximas.	6	4	2	0
60.c) Sinto a presença de um espírito maligno à minha volta.	6	4	2	0
60.d) Sonhos que tenho, tornam-se realidade.	6	4	2	0
60.e) Sinto que outras pessoas podem ler o meu pensamento.	6	4	2	0

61. ENTREVISTADOR: Cote o desvio do Pensamento Mágico em relação às normas Subculturais.

0 = Não aplicável, sem pensamento mágico 1 = Não desviante 2 = Ligeiramente desviante
4 = Moderadamente desviante 6 = Marcadamente desviante

	NÃO	SIM
62. Muitas pessoas pensam que há coisas que dão azar, tais como ver um gato preto, passar por baixo de uma escada, partir um espelho ou a sexta-feira 13. Tem crenças como estas?	0	6

SE NÃO, PASSAR PARA P.63

62.a) (SE SIM:) Que tipo de crenças como essas, tem? Mais algumas?

Registrar a resposta exactamente como a pessoa diz: _____

	NÃO	SIM
63. Muitas pessoas fazem coisas para dar sorte ou afastar o mal, tais como guardar uma ferradura, um corno, bater na madeira três vezes. Faz algumas coisas destas para dar sorte ou afastar o mal?	0	6

ENTREVISTADOR: cote somente as respostas supersticiosas como SIM

SE NÃO PARA A P.62 E P.63, PASSAR PARA AVALIAÇÃO GLOBAL-P.68

SE NÃO SOMENTE PARA A P.63, PASSAR PARA P.64

63.a) (SE SIM:) Diga-me que tipo de coisas faz para afastar o mal? Mais algumas?

Registrar a resposta exatamente como a pessoa diz: _____

64. ENTREVISTADOR: Leia ao indivíduo a lista das superstições registradas, (e/ou) o que ele/ela faz para afastar o mal.

Que certeza é que tem (que estas crenças são realmente verdadeiras) e/ou (que necessita de fazer isso para afastar o mal)?

Teste: Será que são só histórias antigas?

0 = Dúvida considerável em relação à veracidade das superstições 2 = Alguma dúvida em relação à veracidade das superstições

4 = Pouca dúvida em relação à veracidade das superstições 6 = Nenhuma dúvida em relação à veracidade das superstições

65. ENTREVISTADOR: Registe o número de Crenças Supersticiosas.

2 = Poucas 4 = Algumas 6 = Muitas

66. ENTREVISTADOR: Cote o desvio das superstições em relação às Normas Subculturais

0 = Nada desviante 2 = Ligeiramente desviante 4 = Moderadamente desviante 6 = Marcadamente desviante

	NÃO	SIM
67. Estas crenças (lista de superstições) têm um efeito prático na sua vida?	0	6

SE NÃO, PASSAR PARA AVALIAÇÃO GLOBAL - P.68

67.a) (SE SIM:) De que modo o afetam?

Teste: O que faz de diferente por ter essas crenças?

2 = Efeito mínimo no comportamento 4 = Efeito modesto no comportamento 6 = Efeito marcado no comportamento

68. ENTREVISTADOR: Cote a Avaliação Global do Pensamento Mágico

AUSENTE LEVE MODERADO ACENTUADO

0 1 2 3 4 5 6

ILUSÕES

69. As pessoas por vezes têm a experiência de confundir um objecto com uma pessoa ou

um animal. Por exemplo, ao conduzir ao anoitecer podem ver um candeeiro pelo “canto” do olho e pensar que é uma pessoa à beira da estrada. Com que frequência teve experiências deste tipo? Diria que frequentemente, algumas vezes, raramente ou nunca?

0 = Nunca 2 = Raramente 4 = Algumas vezes 6 = Frequentemente

70. As pessoas por vezes ouvem estalidos, batidas ou sons de tipo campainha, que provavelmente não são reais. Com que frequência ouviu ruídos deste tipo? Diria que frequentemente, algumas vezes, raramente ou nunca?
0 = Nunca 2 = Raramente 4 = Algumas vezes 6 = Frequentemente

71. Com que frequência teve a sensação de ouvir pronunciar o seu nome, mas apercebendo depois que tinha sido imaginação sua? Diria que frequentemente, algumas vezes, raramente ou nunca?
0 = Nunca 2 = Raramente 4 = Algumas vezes 6 = Frequentemente

72. Em silêncio, algumas pessoas têm a sensação de ouvir vozes de pessoas murmurando ou falando para elas, mesmo quando ninguém está presente. Alguma vez teve essa sensação?

	<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>
	0	6

SE NÃO, PASSAR PARA P.73

72.a) (SE SIM:) Com que frequência teve essa sensação (ouvir murmúrios ou vozes)? Diria que frequentemente, algumas vezes, ou raramente?
2 = Raramente 4 = Algumas vezes 6 = Frequentemente

73. Alguma vez teve a sensação que alguma pessoa ou força estava à sua volta mesmo que não pudesse ver ninguém? **TESTE:** Quando é que isso ocorreu? Que tipo de pessoa ou força sentiu?
0 = Não

SE NÃO, PASSAR PARA AVALIAÇÃO GLOBAL - P.74

2 = Sim, outro 4 = Sim, sensação religiosa 6 = Sim, familiar ou amigo falecidos

73.a) (SE SIM:) Com que frequência teve essa sensação (sentir alguma pessoa ou força à sua volta)? Diria que frequentemente, algumas vezes, ou raramente?
2 = Raramente 4 = Algumas vezes 6 = Frequentemente

74. ENTREVISTADOR: Cote a Avaliação Global das Ilusões.

AUSENTE		LEVE		MODERADO		ACENTUADO
0	1	2	3	4	5	6

FENÓMENOS TIPO-PSICÓTICO

75. Com que frequência os seus pensamentos se tornaram baralhados ou confusos? Diria que frequentemente, algumas vezes, raramente ou nunca?
0 = Nunca 2 = Raramente 4 = Algumas vezes 6 = Frequentemente

76. Com que frequência os seus pensamentos pararam de repente, fazendo com que perdesse o fio das suas ideias? Diria que frequentemente, algumas vezes, raramente ou nunca?
0 = Nunca

SE NUNCA, PASSAR PARA P.78

2 = Raramente 4 = Algumas vezes 6 = Frequentemente

77. Alguma vez sentiu como se um poder ou força externa fizessem parar os seus pensamentos, ou mesmo os retirassem da sua cabeça?
0 = Não 3 = os pensamentos pararam 6 = Sim, retiraram os pensamentos

78. Algumas vezes as pessoas sentem que os seus pensamentos são tão reais, que parecem como se fossem falados em voz alta de maneira que as outras pessoas os podiam ouvir. Alguma vez sentiu isso?

	<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>
	0	6

SE NÃO, PASSAR PARA P.79

78.a) (SE SIM:) Com que frequência teve essa sensação (como se os pensamentos fossem falados em voz alta)? Diria frequentemente, algumas vezes, ou raramente?

N. AVALIAÇÃO DE COMORBIDADE

ENTREVISTADOR: DEVE-SE PERGUNTAR ESTA SECÇÃO AOS INDIVÍDUOS QUE TÊM HISTÓRIA DE ABUSO SIGNIFICATIVO DE ÁLCOOL, MARIJUANA, OU OUTRAS DROGAS E EVIDÊNCIA DE DEPRESSÃO, MANIA, HIPOMANIA, DISTÍMIA, OU PSICOSES.

Verificar aqui se esta secção não se aplica ao INDIVÍDUO.

1. Disse anteriormente que o seu (**Mudanças do humor/Sintomas psicóticos**), e também que andava a usar excessivamente (**Álcool/Drogas**). Pense acerca da primeira vez que teve qualquer um desses problemas. Qual começou primeiro (**Mudanças do humor/Sintomas psicóticos**) ou (**Álcool/Drogas**)?

ENTREVISTADOR: Cotar a primeira ocorrência

1 = Ocorreram primeiro Mudanças do humor/Sintomas psicóticos. 2 = Ocorreu primeiro abuso de Álcool/Drogas
3 = Ocorreram ao mesmo tempo Mudanças do humor/Sintomas psicóticos) e Álcool/Drogas 4 = Não é claro

1.a) (**SE OCORRERAM PRIMEIRO MUDANÇAS DO HUMOR/SINTOMAS PSICÓTICOS:**). Durante quanto tempo teve (**Mudanças do humor/Sintomas psicóticos**) antes de ter começado a usar excessivamente (**Álcool/Drogas**)?.

DIAS SEMANAS
 ou

1.b) (**SE OCORRERAM PRIMEIRO ÁLCOOL/DROGAS:**) Durante quanto tempo teve andou a usar excessivamente (**Álcool/Drogas**) antes de terem começado (**Mudanças do humor/Sintomas psicóticos**)?

DIAS SEMANAS
 ou

ENTREVISTADOR: SE SÓ UM EPISÓDIO DE MUDANÇAS DO HUMOR/SINTOMAS PSICÓTICOS, PASSAR PARA COMPORTAMENTO SUICIDA ().

ENTREVISTADOR: Entregar a folha de co-morbilidade ao INDIVÍDUO

21. Tomou quaisquer medicamentos para esses ataques? 0 1
D
(SE SIM:) Especifique. _____

22. Teve ataques somente quando andava a beber muito café ou álcool ou a tomar drogas como anfetaminas? NÃO SIM DES
0 1 D
(SE SIM:) Especifique. _____

23. Alguma vez um médico lhe disse que tinha uma situação médica que podia ter sido responsável por esses ataques (p.e., hipertiroidismo)? 0 1 D

24. Esses ataques interferiram significativamente com o seu trabalho, escola, tarefas domésticas, ou relações sociais? 0 1 D
(SE SIM:) Especifique. _____

25. Que idade tinha quando teve pela primeira vez um ataque de pânico? IDADE IN

REC IDADE

O. COMPORTAMENTO SUICIDA

Agora vou-lhe fazer (mais) algumas perguntas sobre suicídio.

1. Alguma vez tentou matar-se? NÃO SIM DESC
0 1 D

(SE NÃO:) PASSAR PARA DISTÚRBIOS DE ANSIEDADE (PÁGINA).

1.a) (**SE SIM:**) Quantas vezes tentou matar-se? VEZES

1.b) Que idade tinha a primeira vez que tentou matar-se? IDADE

ENTREVISTADOR: PARA AS QUESTÕES SEGUINTE, PERGUNTAR SOBRE A TENTATIVA MAIS GRAVE.

2. Como tentou matar-se? **Registrar Resposta:**

3. Que idade tinha? _____ IDADE
□ □
4. Necessitou de tratamento médico depois dessa tentativa?

<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>	<u>DES</u>
0	1	D
5. Deu entrada num hospital depois dessa tentativa?

<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>	<u>SUS-PEITO</u>	<u>DES</u>
0	1	2	D
6. Queria morrer?

<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>	<u>DESC</u>
0	1	D
7. Pensou que poderia morrer com o que fez?

<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>	<u>DESC</u>
0	1	D

8. ENTREVISTADOR: Cotar intenção da tentativa mais grave:

- 1 = Sem intenção ou intenção mínima, gesto manipulativo.
2 = Clara intenção mas ambivalente.
3 = Intenção grave, esperava morrer.
D = Sem informação, não tem a certeza.

9. ENTREVISTADOR: Cotar letalidade da tentativa mais grave:

- 1 = **Sem perigo** (sem efeitos, segura os comprimidos na mão).
2 = **Mínima** (escoriações no pulso).
3 = **Ligeira** (10 aspirinas, gastrite ligeira).
4 = **Moderada** (10 barbitúricos, perda de consciência breve).
5 = **Grave** (cortou a garganta).
6 = **Extrema** (paragem respiratória ou coma prolongado).
D = **Sem informação, não tem a certeza.**

10. O comportamento suicida descrito ocorreu durante alguma das seguintes circunstâncias?

- | | <u>NÃO</u> | <u>SIM</u> | <u>DES</u> |
|------------------------|------------|------------|------------|
| 10.a) Depressão? | 0 | 1 | D |
| 10.b) Mania? | 0 | 1 | D |
| 10.c) Abuso de álcool? | 0 | 1 | D |
| 10.d) Abuso de drogas? | 0 | 1 | D |
| 10.e) Psicoses? | 0 | 1 | D |

10.f) Outras, (**SE SIM:**) Especifique: _____

S. PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL

Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas acerca de quando era mais novo.

1. Antes de ter 15 anos de idade...

<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>
0	1
- 1.a) faltou frequentemente à escola?

0	1
---	---
- 1.b) fugiu de casa durante a noite mais que uma vez ou fugiu de casa sem voltar?

0	1
---	---
- 1.c) começou frequentemente lutas físicas?

0	1
---	---
- 1.d) usou mais que uma vez numa briga uma arma, como um bastão, uma arma de fogo, ou faca?

0	1
---	---
- 1.e) roubou coisas mais que uma vez, ou mais do que uma vez falsificou a assinatura de alguém num cheque ou cartão de crédito?

0	1
---	---
- 1.f) frequentemente foi mau para animais, incluindo animais de estimação ou alguma vez feriu um animal de propósito?

0	1
---	---
- 1.g) feriu outra pessoa de propósito (sem ser numa briga)?

0	1
---	---
- 1.h) alguma vez pegou fogo, quando não era suposto fazê-lo?

0	1
---	---
- 1.i) alguma vez destruiu propriedade alheia de propósito (sem ser fogo posto)?

0	1
---	---
- 1.j) dizia frequentemente mentiras?

0	1
---	---
- (**SE SIM:**) Porque dizia muitas mentiras?

ENTREVISTADOR: Cotar NÃO se o indivíduo mentiu para evitar abuso físico ou sexual.

SE NÃO A TODAS P.1.a-j FIM DAS PERGUNTAS COLOCADAS AO INDIVÍDUO - COTAR P.2 COMO 00 E PASSAR PARA EAG (PÁGINA).

- 1.k) alguma vez forçou alguém a ter relações sexuais consigo?

0	1
---	---
- 1.l) alguma vez tirou dinheiro ou bens de outras pessoas ameaçando-as ou usando a força, como esticção, ou assaltando alguém?

0	1
---	---
- SX

2. ENTREVISTADOR: Registrar o número de sintomas positivos em P.1

□ □

SE MENOS QUE TRÊS SINTOMAS POSITIVOS, FIM DAS PERGUNTAS COLOCADAS AO INDIVÍDUO - PASSAR PARA EAG (PÁGINA).

3. Que idade tinha a primeira vez que (lista de sintomas positivos em P.1)?

IDADE IN

ENTREVISTADOR: Para P.4-15 não conte como positivos, itens que estão unicamente relacionados com o abuso de álcool e/ou drogas. Para indivíduos com uma história de abuso de álcool/drogas usar o seguinte teste:

"Esse (comportamento) foi sempre devido ao seu consumo de álcool/drogas"?

Agora eu vou-lhe fazer perguntas acerca de si depois dos 15 anos de idade.

4. Nos últimos cinco anos, esteve desempregado durante seis meses ou mais, sem ser o tempo em que esteve a estudar, doente, em greve, despedido, doméstica a tempo inteiro, reformado, ou na prisão? 0 1

5. Quando andava a trabalhar, esteve frequentemente ausente do trabalho sem ser por doença ou faltou repetidamente ao trabalho porque não lhe apetecia ir? 0 1

ENTREVISTADOR: Cotar NÃO se ausência devido a doença na família.

6. Depois dos 15 anos, abandonou três ou mais empregos sem ter outro trabalho em vista? 0 1

7. Depois dos 15 anos, fez repetidamente coisas pelas quais podia ser preso, como roubar, ou meter-se em ocupações ilegais tais como vender drogas ou bens roubados, destruir bens, ou molestar outros? 0 1

8. Depois dos 15 anos, tem frequentemente atirado coisas, bater ou atacar fisicamente alguém (incluindo a esposa/marido, companheiro(a) ou crianças)? 0 1

9. Depois dos 15 anos, frequentemente falhou no pagamento de dívidas que contraíu, como despesas com cartão de crédito ou empréstimos, ou falhou em cuidar de outras responsabilidades financeiras como encargos com filhos ou encargos com outros dependentes? 0 1

10. Depois dos 15 anos, alguma vez viajou de um lugar para outro sem saber onde ia ficar ou trabalhar ou não teve um lugar regular onde viver durante um mês ou mais? 0 1

11. Depois dos 15 anos, mentiu frequentemente, usou um nome falso, ou enganou outros para proveito ou prazer pessoal? 0 1

12. Depois dos 15 anos, recebeu três ou mais multas por excesso de velocidade ou frequentemente guiou quando intoxicado? 0 1

ENTREVISTADOR: SE O INDIVÍDUO NUNCA FOI RESPONSÁVEL POR CRIANÇAS, PASSAR PARA P.14

13. Depois dos 15 anos, alguém alguma vez disse que não estava a cuidar bem de um filho seu (ou uma criança por quem era responsável) como...

13.a) não dar comida suficiente à criança? 0 1

13.b) não cuidar da higiene da criança resultando em doença dela? 0 1

13.c) não procurar cuidados médicos quando a criança estava gravemente doente? 0 1

13.d) deixar a criança com vizinhos por não ser capaz de cuidar dela em casa (excepto babysitting)? 0 1

13.e) não arranjar ninguém para cuidar da criança quando saía? 0 1

13.f) ficar sem dinheiro para cuidar da criança mais do que uma vez porque gastou o dinheiro consigo? 0 1

14. Depois dos 15 anos, alguma vez foi fiel a uma pessoa numa relação romântica ou amorosa, durante um ano ou mais; quer dizer, durante esse tempo não teve nenhuma outra ligação ou qualquer caso de uma só noite?

ENTREVISTADOR: Cotar SIM (para sintomas positivos) se o indivíduo nunca manteve uma relação totalmente monogâmica durante mais que um ano. 0 1

15. Sentiu que estava bem para si ter roubado, ferido, batido, destruído, ou (Lista de outros actos anti-sociais de P.7-12)? 0 1

16. Disse que (Rever sintomas positivos em P.4-15). Que idade tinha a última vez que fez quaisquer dessas coisas? REG IDADE

T. ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL (EAG)

Cotar o nível mais baixo de funcionamento do indivíduo durante o mês passado (ou se hospitalizado, à data do internamento). Cotar o funcionamento presente, independentemente do tratamento ou do prognóstico.

1. O INDIVÍDUO está internado? NÃO 0 SIM 1

EAG EPISÓDIO ATUAL

2. EAG: No Ponto Pior Durante o Episódio Atual

EAG MÊS PASSADO

3. EAG: Durante o mês passado

<u>COTAÇÃO</u>	<u>CRITÉRIO</u>
100	Funcionamento superior numa vasta gama de actividades, os problemas da vida nunca parecem fora do controlo, é procurado pelos outros pelo seu calor humano e integridade. Assintomático.
91	
90	Bom funcionamento em todas as áreas, muitos interesses, socialmente eficaz, geralmente satisfeito com a vida. Podem ou não existir sintomas transitórios e preocupações "do dia a dia" que só ocasionalmente saem fora do controlo.
81	
80	Não mais que ligeiro prejuízo no funcionamento, vários graus de preocupações e problemas "do dia a dia" que às vezes saem fora do controlo. Podem existir ou não sintomas mínimos.
71	
70	Alguns sintomas leves (ex., humor depressivo e insónia leve) OU alguma dificuldade em várias áreas de funcionamento, mas geralmente funcionando bem,
61	tem algumas relações interpessoais significativas e a maioria das pessoas não especializadas não o considerariam "doente"
60	Sintomas moderados OU geralmente funcionando com alguma dificuldade (ex., poucos amigos e afecto superficial, humor,
51	depressivo e dúvida patológica humor eufórico e pressão do discurso), comportamento anti-social moderadamente grave.
50	Qualquer sintomatologia grave ou prejuízo no funcionamento que a maioria dos clínicos pensaria obviamente necessitar tratamento ou atenção (ex., gesto ou preocupação suicida, rituais obsessivos graves, frequentes ataques de ansiedade, comportamento anti-social grave, beber compulsivo, síndrome maniaco leve mas sem dúvida)
41	
40	Grave prejuízo em várias áreas, como trabalho, relações familiares, julgamento, pensamento ou humor (ex., mulher deprimida
31	evita os amigos, negligência a família, incapaz de fazer o trabalho doméstico), OU algum prejuízo no teste da realidade ou comunicação (ex., por vezes o discurso é obscuro, ilógico ou irrelevante) OU tentativa de suicídio única.
30	Incapaz de funcionar em quase todas as áreas (ex., permanece na cama todo o dia) OU o comportamento é consideravelmente
21	ou influenciado por delírios ou alucinações OU prejuízo grave na comunicação (ex., algumas vezes não incoerente ou não responde) ou julgamento (p.ex., actos grosseiramente inadequados)
20	Necessita alguma supervisão para prevenir que se magoe a si ou aos outros, ou para manter a higiene pessoal mínima (ex., tentativas suicidas repetidas, frequentemente violento, excitação maníaca, suja-se com fezes), OU prejuízo
11	grosseiro na comunicação (ex., grande incoerência ou mutismo).
10	Necessita supervisão constante durante vários dias para prevenir que se magoe a si próprio ou aos outros ou não tenta manter
1	a higiene pessoal mínima ou acto suicida grave com clara intenção e expectativa de morte

U. ESCALA DE AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS NEGATIVOS

Ver o Manual EASN para definições detalhadas dos códigos (N. Andreasen, 1984).

ENTREVISTADOR: As cotações são baseadas nos últimos 30 dias

NADA-->GRAVE...DESC.

EMBOTAMENTO OU RESTRIÇÃO AFETIVA

- | | |
|---|---------------|
| 1. Expressão Facial Inalterável | 0 1 2 3 4 5 D |
| A expressão facial do doente parece fixa--mudamenos que o esperado quando se altera o conteúdo emocional do discurso. | |
| 2. Diminuição dos Movimentos Espontâneos | 0 1 2 3 4 5 D |
| O doente mostra poucos ou nenhuns movimentos espontâneos, não muda de posição, não move as extremidades, etc. | |
| 3. Pobreza de Gestos Expressivos | 0 1 2 3 4 5 D |
| O doente não utiliza os gestos das mãos ou a posição corporal como ajuda à expressão das suas ideias. | |
| 4. Contacto Visual Pobre | 0 1 2 3 4 5 D |
| O doente evita o contacto visual ou o olhar é "fixo no vazio" mesmo quando fala. | |
| 5. Indiferença afectiva | 0 1 2 3 4 5 D |
| O doente não ri ou sorri quando incitado | |
| 6. Afeto Inapropriado | 0 1 2 3 4 5 D |

- O afecto do doente é inapropriado ou incongruente, não simplesmente restrito ou embotado. 0 1 2 3 4 5 D
- 7. Ausência de Inflecções Vocais**
- O doente falha em mostrar padrões normais de ênfase vocal, é frequentemente monótono.
- 8. Avaliação Global da Restrição Afetiva** 0 1 2 3 4 5 D
- Esta avaliação deve centrar-se na gravidade global dos sintomas, especialmente indiferença afetiva, contacto visual, expressão facial e inflexões vocais.

CÓDIGOS DA EASN		
0=Nenhum / De maneira nenhuma	3=Moderado	D=Desconhecido/
1= Duvidoso	4=Acentuado	Não pode ser avaliado/
2=Ligeiro	5=Grave	Não avaliado

ALOGIA

- 9. Pobreza do Discurso** 0 1 2 3 4 5
- As respostas do doente às perguntas são restrictas em quantidade, tendem a ser breves, concretas, não elaboradas.
- 10. Pobreza do conteúdo do discurso** 0 1 2 3 4 5
- As respostas do doente são adequadas em quantidade mas tendem a ser vagas, demasiado concretas ou demasiado genéricas, e transmitem pouca informação.
- 11. Bloqueio** 0 1 2 3 4 5
- O doente indica quer espontaneamente ou quando incitado, que a sua corrente de pensamento foi interrompida.
- 12. Aumento da latência da resposta** 0 1 2 3 4 5
- O doente demora muito tempo a responder às questões, quando incitado indica ter percebido a questão.
- 13. Avaliação Global da Alogia** 0 1 2 3 4 5
- As características centrais da alogia são pobreza do discurso e pobreza do conteúdo.

ABULIA / APATIA

- 14. Arranjo Pessoal e Higiene** 0 1 2 3 4 5 D
- O vestuário do doente pode estar descuidado ou sujo e ele pode ter o cabelo gorduroso, odor corporal, etc.
- 15. Falta de Persistência no Trabalho / Escola** 0 1 2 3 4 5 D
- O doente tem dificuldade em procurar ou manter emprego, completar o trabalho escolar, cuidar da casa, etc. Se um doente internado não persiste em actividades de enfermaria, tais como TO, jogar cartas, etc.
- 16. Falta de Energia Física** 0 1 2 3 4 5 D
- O doente tem tendência a estar fisicamente inerte. Pode sentar-se durante horas e não iniciar actividade espontânea

CÓDIGOS DA EASN		
0=Nenhum / De maneira nenhuma	3=Moderado	D=Desconhecido/
1= Duvidoso	4=Acentuado	Não pode ser avaliado/
2=Ligeiro	5=Grave	Não avaliado

- 17. Avaliação Global de Abulia / Apatia** 0 1 2 3 4 5 D
- Maior peso pode ser dado a um ou dois sintomas proeminentes se particularmente notáveis.

ANEDONIA/ASSOCIABILIDADE

- 18. Interesses Recreativos e Actividades** 0 1 2 3 4 5 D
- O doente pode ter poucos ou nenhuns interesses. Deve-se ter em conta tanto a qualidade como a quantidade dos interesses
- 19. Actividade Sexual** 0 1 2 3 4 5 D
- O doente pode apresentar diminuição do interesse e actividade sexuais, ou não ter prazer quando ativo.
- 20. Capacidade de Sentir Intimidade e Proximidade** 0 1 2 3 4 5 D
- O doente pode mostrar uma incapacidade em estabelecer relações próximas ou íntimas, especialmente com o sexo oposto e família.
- 21. Relações com Amigos e Pares** 0 1 2 3 4 5 D
- O doente pode ter poucos ou nenhuns amigos e pode preferir passar todo o tempo isolado.
- 22. Avaliação Global de Anedonia / Associabilidade** 0 1 2 3 4 5 D
- Esta avaliação deve reflectir a gravidade global, tem de em conta a idade do doente, estatuto familiar, etc.

ATENÇÃO

23. **Inatenção Social** 0 1 2 3 4 5 D
O doente parece não envolvido ou distante. Pode parecer "aéreo".
24. **Inatenção Durante o Exame Mental** 0 1 2 3 4 5 D
Refere-se aos testes da "série do 7" (pelo menos cinco subtrações) e soletrar "mundo" no sentido inverso
25. **Avaliação Global da Atenção** 0 1 2 3 4 5 D
Esta cotação deve avaliar a concentração global do doente, tanto clinicamente como nos testes.

CÓDIGOS DA EASN		
0=Nenhum / De maneira nenhuma	3=Moderado	D=Desconhecido/
1= Duvidoso	4=Acentuado	Não pode ser avaliado/
2=Ligeiro	5=Grave	Não avaliado

V.ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS POSITIVOS

Ver o Manual EASP para definições detalhadas dos códigos (Andreasen, 1984).

ALUCINAÇÕES

1. **Alucinações Auditivas** 0 1 2 3 4 5
O doente descreve vozes, ruídos, ou outros sons que mais ninguém ouve.
2. **Vozes Comentadoras** 0 1 2 3 4 5
O doente descreve uma voz que comenta o seu comportamento ou pensamentos.
3. **Vozes Dialogadas** 0 1 2 3 4 5
O doente descreve ouvir duas ou mais vozes dialogando
4. **Alucinações Somáticas ou Táteis** 0 1 2 3 4 5
O doente descreve ter sensações físicas peculiares no corpo.
5. **Alucinações Olfactivas** 0 1 2 3 4 5
O doente descreve sentir cheiros fora do normal que mais ninguém nota
6. **Alucinações Visuais** 0 1 2 3 4 5
O doente vê formas ou pessoas que não estão de facto presentes.
7. **Avaliação Global de Alucinações** 0 1 2 3 4 5
Esta avaliação deve basear-se na duração e gravidade das alucinações e seus efeitos na vida do doente.

DELÍRIOS

8. **Delírios Persecutórios** 0 1 2 3 4 5
O doente acredita que conspiram contra ele ou o perseguem de alguma forma.
9. **Delírios de Ciúme** 0 1 2 3 4 5
O doente acredita que o conjuge tem um caso com alguém.
10. **Delírios de Culpa ou Pecado** 0 1 2 3 4 5
O doente acredita que cometeu um pecado terrível ou fez algo imperdoável.

CÓDIGOS DA EASP	
0=Nenhum / De maneira nenhuma	1=Questionável 2=Leve 3=Moderado 4=Acentuado 5=Grave

11. **Delírios de Grandeza** 0 1 2 3 4 5
O doente acredita que tem poderes ou capacidades especiais.
12. **Delírios Religiosos** 0 1 2 3 4 5
O doente está preocupado com falsas crenças de natureza religiosa.
13. **Delírios Somáticos** 0 1 2 3 4 5
O doente acredita que de qualquer forma o seu corpo está doente, anormal, ou mudado.
14. **Delírios de Referência** 0 1 2 3 4 5
O doente acredita que reparos ou acontecimentos insignificantes são referidos a ele ou têm um significado especial.
15. **Delírios de Controlo** 0 1 2 3 4 5
O doente sente que os seus sentimentos ou acções são controlados por alguma força exterior.
16. **Delírios de Leitura do Pensamento** 0 1 2 3 4 5
O doente sente que as pessoas podem ler ou saber os seus pensamentos.

17. **Divulgação do Pensamento** 0 1 2 3 4 5
O doente acredita que os seus pensamentos se difundem de forma que ele próprio ou os outros os podem ouvir
18. **Inserção do Pensamento** 0 1 2 3 4 5
O doente acredita que pensamentos que não são seus foram inseridos na sua cabeça.
19. **Roubo do Pensamento** 0 1 2 3 4 5
O doente acredita que os pensamentos foram retirados da sua cabeça.
20. **Avaliação Global dos Delírios** 0 1 2 3 4 5
Esta avaliação deve basear-se na duração e persistência dos delírios e seu impacto na vida do doente.

COMPORTAMENTO BIZARRO

21. **Vestuário e Aparência** 0 1 2 3 4 5 D
O doente veste-se de maneira fora do normal ou faz outras coisas estranhas para alterar a sua aparência.

CÓDIGOS DA EASP	
0=Nenhum / De maneira nenhuma	3=Moderado
1=Questionável	4=Acentuado
2=Ligeiro	5=Grave

22. **Comportamento Social e Sexual** 0 1 2 3 4 5 D
O doente pode fazer coisas consideradas inadequadas, de acordo com as normas sociais habituais, (p.ex., masturbar-se em público).
23. **Comportamento Agressivo e Agitado** 0 1 2 3 4 5 D
O doente pode comportar-se de forma agitada, agressiva, frequentemente imprevisível.
24. **Comportamento Repetitivo ou Esteriotipado** 0 1 2 3 4 5 D
O doente desenvolve uma série de acções repetitivas ou rituais que deve executar repetitivamente.
25. **Avaliação Global do Comportamento Bizarro** 0 1 2 3 4 5 D
Esta avaliação deve reflectir o tipo de comportamento e a extensão em que se desvia das normas sociais.

DISTÚRBO FORMAL POSITIVO DO PENSAMENTO

26. **Descarrilamento** 0 1 2 3 4 5
Um padrão de discurso em que as ideias se desviam do curso do pensamento para ideias obliquamente relacionadas ou não relacionadas.
27. **Tangencialidade** 0 1 2 3 4 5
O doente responde a uma pergunta de forma oblíqua ou irrelevante.
28. **Incoerência** 0 1 2 3 4 5
Um padrão de discurso que é por vezes essencialmente incompreensível,
29. **Ilogicidade** 0 1 2 3 4 5
Um padrão de discurso que chega a conclusões sem seguimento lógico.
30. **Circunstancialidade** 0 1 2 3 4 5
Um padrão de discurso que é muito indirecto e demorado para atingir a ideia alvo.
31. **Pressão do Discurso** 0 1 2 3 4 5
O discurso do doente é rápido e difícil de interromper; a quantidade de discurso produzido é maior do que a considerada normal.

CÓDIGOS DA EASP	
0=Nenhum / De maneira nenhuma	3=Moderado
1=Questionável	4=Acentuado
2=Ligeiro	5=Grave

32. **Discurso Distráctil** 0 1 2 3 4 5
O doente distrai-se com estímulos próximos que interrompem a sua corrente de pensamento.
33. **Associações por assonância** 0 1 2 3 4 5
Um padrão de discurso em que, em vez de relações significativas, são os sons que governam a escolha das palavras.
34. **Avaliação Global do Distúrbio Formal Positivo do Pensamento** 0 1 2 3 4 5
A frequência desta avaliação deve reflectir a frequência de anormalidade e o grau em que afecta a capacidade de comunicar do doente.

CÓDIGOS DA EASP	
0=Nenhum / De maneira nenhuma	3=Moderado
1=Questionável	4=Acentuado

W. COTAÇÕES DA EEE MODIFICADA**ENTREVISTADOR: Os seguintes itens devem ser avaliados após a entrevista****Avaliar P.1 - P.27 da observação durante a entrevista.****RAPPORT**

1. **ENTREVISTADOR: Avaliar contacto visual.** Com que frequência o indivíduo olhou para si durante a entrevista?. Até que ponto era bom o contacto do olhar?. Como se compara com uma entrevista média com uma pessoa "normal"?

0 = Médio 1 = Mais que médio 2 = Menos que médio 3 = Muito menos que médio 4 = Ausente

2. **ENTREVISTADOR: Avaliar Linguagem Corporal.** O indivíduo acena com a cabeça e sorri nas alturas adequadas?. O indivíduo diz olá e adeus adequadamente, com um aperto de mão ou outro gesto apropriado?. A linguagem corporal do indivíduo transmite a sensação de envolvimento emocional na entrevista, ou o corpo dele/dela estava longe?

0 = Bom: linguagem corporal apropriada, indica envolvimento emocional na entrevista.
 1 = Razoável a Bom: a linguagem corporal só subtilmente indica distância e despreendimento.
 2 = Razoável: algumas vezes a linguagem corporal indica distância, despreendimento da entrevista.
 3 = Pobre: a linguagem corporal frequentemente demonstra distância, despreendimento da entrevista.
 4 = Muito Pobre: a linguagem corporal indica quase sempre não envolvimento na entrevista.

3. **ENTREVISTADOR: Avaliar Rapport Emocional.** Como é que o indivíduo era capaz de lhe demonstrar afecto no decurso da entrevista? Em que medida sentiu que a entrevista foi calorosa e próxima?

0 = Bom: rapport emocional próximo, mas alguma distância adequada.
 1 = Razoável a Bom: rapport emocional habitualmente presente, mas ocasionalmente o indivíduo está demasiado distante.
 2 = Razoável: rapport emocional algumas vezes presente, mas por vezes sentindo-o estar demasiado distante.
 3 = Pobre: rapport emocional só raramente presente.
 4 = Muito pobre: virtualmente não se sentiu rapport durante a entrevista.

4. **ENTREVISTADOR: Avaliar Rapport Global**

Bom	Razoável a Bom	Razoável	Pobre	Muito Pobre
0	1	2	3	4

28. **ENTREVISTADOR: Avaliar a qualidade global desta entrevista?**

0 = Elevada qualidade 1 = Na generalidade fiel 2 = Questionável 3 = Insatisfatória

ENTREVISTADOR: Lembre-se de rever a entrevista

X. AVALIAÇÃO DA FIDELIDADE PELO ENTREVISTADOR

ENTREVISTADOR: Indique o que pensa sobre a confiança da informação fornecida pelo indivíduo nas seguintes áreas.

	<u>BOA</u>	<u>RAZOÁVEL</u>	<u>NÃO FIÁVEL</u>
2. DEPRESSÃO MAIOR	1	2	3
3. MANIA	1	2	3
4. ABUSO DE ÁLCOOL	1	2	3
5. ABUSO DE DROGAS	1	2	3
6. PSICOSES	1	2	3
10. FIDELIDADE GLOBAL	1	2	3

Y. SUMÁRIO NARRATIVO

| _____ →
 Nascimento Atual

ANEXO 4

ESTUDO DE BASES MOLECULARES DA ESQUIZOFRENIA EM POPULAÇÃO PORTUGUESA E BRASILEIRA: OPCRIT

DESCRIÇÃO DE CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO

1992, 1993, 1994, 1998 p. McGuffin, A E Farmer & Williams UWCM/ Tradução: Serviço de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina, Coimbra/ Revisão Programa de Esquizofrenia do HCPA/ Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da UFRGS

1. Fonte de Avaliação

- 1 = Registros/ Processos clínicos hospitalares
- 2 = Entrevista estruturada (efetuada) com o indivíduo
- 3 = Sumário preparado
- 4 = Entrevista com o informante
- 5 = Combinação de fontes incluindo entrevista estruturada
- 6 = Combinação de fontes excluindo entrevista estruturada

2. Período de Tempo

- 1 = Atual/ Presente ou o episódio mais recente
- 2 = Episódio mais grave que teve
- 3 = Ocorrência toda vida de sintomas e sinais
- 4 = Outro episódio especificado ou período de tempo

3. Código do Sexo

- 0 = Masculino 1 = Feminino

4. Idade de Início

Isto deve ser dado até ao ano mais próximo e define-se como a idade mais precoce com que procurou ajuda médica por razões psiquiátricas ou com que os sintomas começaram a causar tensão subjetiva ou prejuízo no funcionamento (registrar idade em anos, ex. 35).

5. Modo de Início

- 1 = Início súbito definido dentro de horas ou dias
 - 2 = Início agudo definido dentro de uma semana
 - 3 = Início moderadamente agudo definido dentro de 1 mês
 - 4 = Início gradual durante um período de até 6 meses
 - 5 = Início insidioso durante um período maior que 6 meses
- Cotar por cima (com pontuação mais baixa) se em dúvida

6. Solteiro

- 0 indivíduo nunca casou ou (nunca) viveu como se estivesse casado
- 0 = Casado 1 = Solteiro

7. Desempregado

O indivíduo não estava empregado no início como definido acima (item 4). Mulheres que trabalham o dia todo em casa são cotadas como empregadas. Estudantes que frequentam aulas em período integral de um curso são cotados como empregados.

- 0 = Empregado 1 = Desempregado

8. Duração da doença em semanas (máximo 99)

A duração total da doença inclui incapacidades prodrômicas e residuais assim como a fase ativa da doença. No distúrbio psicótico, sintomas da fase prodrômica/residual são cotados como 2 dos seguintes antes ou depois do episódio ativo: Isolamento social/ prejuízo social/ comportamento marcadamente peculiar/diferente/ marcado prejuízo na higiene pessoal/ afeto embotado, superficial ou inapropriado/ discurso digressivo, vago, hiper-elaborado/ ideiação estranha ou bizarra/ vivências perceptivas fora do normal.

9. Mal ajustamento pré-mórbido ao trabalho

Refere-se à história de trabalho antes do início da doença. Deve ser cotado (como = 1) se o doente tiver sido incapaz de manter qualquer trabalho durante mais que 6 meses, tiver uma história de mudanças frequentes de emprego ou tiver sido somente capaz de aguentar um trabalho bem abaixo do esperado pelo seu nível educacional na época do primeiro contato psiquiátrico. Também cotar positivamente um padrão de trabalho doméstico (donas de casa) persistentemente muito mal e insucesso em acompanhar os estudos.

- 0 = bom ajustamento pré-mórbido 1 = mal ajustamento pré-mórbido

10. Mal ajustamento social pré-mórbido

O doente achava difícil iniciar ou manter relações normais, mostrava persistente isolamento social, ensimesmado ou mantinha interesses solitários antes dos sintomas psicóticos.

- 0 = bom ajustamento 1 = mal ajustamento

11. Distúrbio de personalidade pré-mórbido

Evidência de distúrbio de personalidade inadequada/ esquizóide/ esquizotípica/ paranóide/ ciclótica/ psicopática/ sociopática presente desde a adolescência e anterior ao início dos sintomas psicóticos. 0 = ausente 1 = presente

12. Abuso de álcool/ drogas dentro de um ano do início de sintomas psicóticos

Abuso de álcool: Quando a quantidade é excessiva (julgamento do avaliador) quando ocorrem complicações relacionadas com o álcool, durante o ano anterior ao primeiro contato psiquiátrico (deve ser avaliado rigorosamente pois é critério de exclusão para algumas definições de esquizofrenia).

- 0 = ausente 1 = presente

Abuso de drogas: Quando drogas não prescritas são repetidamente tomadas ou drogas prescritas são usadas em quantidades excessivas e sem supervisão médica no ano anterior ao primeiro contato psiquiátrico.

- 0 = ausente 1 = presente

13. História familiar da esquizofrenia

Clara história de esquizofrenia em parentes de primeiro ou segundo grau.

- 0 = não 1 = sim

14. História familiar de outra doença psiquiátrica

Parentes em primeiro ou segundo grau têm outra doença psiquiátrica suficientemente grave para justificar encaminhamento psiquiátrico.

0 = não 1 = sim

15. Doença cerebral estrutural anterior ao início

Há evidência pelo exame físico e/ou investigações especiais de doença física que pode explicar todos ou a maioria dos sintomas mentais. Isto pode incluir uma lesão cerebral clara (ou lesões), marcada perturbação metabólica, ou estado induzido por drogas que se sabe causar perturbação psicótica, confusão ou alteração do grau de consciência. Anomalias não específicas (ex. alargamento dos ventrículos no TCC) não devem ser incluídas. 0 = ausente 1 = presente

16. Claro estressor psicossocial anterior ao início

Ocorreu um acontecimento ameaçador grave ou moderadamente grave antes do início do distúrbio que é improvável ser resultado do próprio comportamento do indivíduo (isto é, o acontecimento pode ser visto como independente ou incontrolável).

0 = ausente 1 = presente

17. Comportamento bizarro

Comportamento que é estranho e incompreensível aos outros. Inclui comportamento que pode ser interpretado como uma resposta a alucinações auditivas ou interferência com o pensamento.

0 = ausente 1 = presente

***18. Catatonia**

O doente exibe persistentes maneirismos, estereotípias, posturas, catalepsia, aderência automática às instruções, estupor ou excitação que não são explicáveis por alterações afetivas.

0 = ausente

7 = se presente durante pelo menos uma porção significativa de tempo durante um período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = se presente durante qualquer outra duração ou se a duração é desconhecida

***19. Atividade excessiva**

O doente está marcadamente hiperativo. Isto inclui atividade motora, social e sexual. Cotar::

8 = se a hiperatividade durar pelo menos 2 dias

9 = para uma duração de pelo menos 4 dias

1 = para uma duração de pelo menos 1 semana

2 = para duração de pelo menos 2 semanas

***20. Atividade perigosa**

O doente está excessivamente envolvido em atividades com elevado potencial de consequências dolorosas, que não é reconhecido, ex. gastos excessivos, indiscrições sexuais, condução perigosa, etc. Cotar:

8 = para uma duração de pelo menos 2 dias

9 = para uma duração de pelo menos 4 dias

2 = duração de pelo menos 2 semanas

1 = duração de pelo menos 1 semana

***21. Distratibilidade**

O doente vivencia dificuldades de concentração no que se passa a sua volta porque a atenção é muito facilmente desviada para fatores irrelevantes ou externos.

8 = duração de pelo menos 2 dias

9 = duração de pelo menos 4 dias

2 = pelo menos 2 semanas

1 = pelo menos 1 semana

***22. Necessidade de sono reduzida**

O doente dorme menos mas não se queixa de insônia. O tempo extra acordado é habitualmente ocupado com atividades excessivas.

8 = duração de pelo menos 2 dias

9 = duração de pelo menos 4 dias

1 = pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

23. Atividade agitada

O doente mostra atividade excessiva, tal como excitação motora, torcer as mãos, andar de um lado para o outro, tudo habitualmente acompanhado por uma expressão de angústia mental.

1 = se presente por pelo menos 1 semana

2 = se presente pelo menos 2 semanas

3 = se presente pelo menos 1 mês

24. Atividade lentificada

O doente se queixa que se sente lentificado e incapaz de se mexer. Outros podem descrever sentimentos subjetivos de retardamento que podem ser notados pelo clínico que o examina.

1 = se presente pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

3 = pelo menos 1 mês

25. Perda de energia/cansaço

Queixa subjetiva de se sentir excessivamente cansado e sem energia.

1 = se presente pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

3 = pelo menos 1 mês

26. Discurso difícil de entender

Discurso que torna a comunicação difícil por causa da falta de organização lógica ou organização compreensível. Não inclui disartria ou dificuldade em falar. 0 = ausente 1 = presente

***27. Incoerência**

A construção gramatical normal das frases rompeu-se. Inclui "salada de palavras" e deve ser cotada somente conservadoramente para formas extremas de distúrbio formal do pensamento.

0 = ausente

7 = se presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou a duração não está especificada

***28. Distúrbio formal do pensamento positivo**

O doente tem um discurso fluente mas tende a se comunicar mal devido a neologismos, uso bizarro de palavras, descarrilamento, perda da associação.

0 = ausente

7 = se presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração inespecífica

29. Distúrbio formal do pensamento negativo

Inclui pobreza do pensamento, frequente bloqueio do pensamento, pobreza do discurso ou pobreza do conteúdo do discurso.

0 = ausente 1 = presente

***30. Pressão do discurso**

O doente está muito mais falador do que o habitual ou sente-se sob pressão para continuar a falar. Inclui distúrbio formal do pensamento tipo maníaco com associações por sons, jogos de palavras ou rimas.

8 = duração de pelo menos 2 dias

9 = duração de pelo menos 4 dias

1 = pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

***31. Pensamentos acelerados**

O doente vivencia os pensamentos que ocorrem em sua cabeça ou os outros observam fuga de idéias e acham difícil seguir o que o doente está dizendo, ou interromper por causa da rapidez e quantidade do discurso.

8 = duração de pelo menos 2 dias

9 = pelo menos 4 dias

1 = pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

***32. Restrição do afeto**

As respostas emocionais do doente são limitadas em amplitude e na entrevista há uma impressão de indiferença maliciosa ou de "falta de contato".

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração inespecífica

***33. Embotamento afetivo**

As respostas emocionais do doente são persistentemente sem grande profundidade e mostram uma completa falência em ressoar a mudança exterior. (NB, Diferenças entre Restrição e Embotamento do afeto devem ser consideradas de grau, com embotamento sendo somente cotado em casos extremos.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração inespecífica

***34. Afeto inapropriado**

As respostas emocionais do doente são inapropriadas às circunstâncias, por ex. rir enquanto discute-se ocorrências dolorosas ou tristes, risinhos tolos sem razão aparente.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo pelo menos 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração inespecífica

***35. Elevação do humor**

O humor predominante do doente é de euforia.

8 = duração de pelo menos 2 dias

9 = duração de pelo menos 4 dias

1 = pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

Se a euforia durou menos de uma semana mas o doente foi hospitalizado por doença afetiva cotar "1".

***36. Humor irritável**

O humor do doente é predominantemente irritável.

8 = duração de pelo menos 2 dias

9 = pelo menos 4 dias

1 = pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

Se a irritação durou menos de uma semana mas o doente foi hospitalizado por doença afetiva cotar "1".

37. Disforia

Humor persistentemente deprimido ou "pra baixo", humor irritável e triste ou perda difusa do interesse.

1 = presente durante pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

3 = pelo menos 1 mês

38. Variação diurna (humor pior de manhã)

Disforia/ humor "pra baixo" e/ou sintomas depressivos associados são piores logo após o acordar com alguma melhoria (mesmo se somente ligeira) a medida que o dia passa.

0 = ausente 1 = presente

39. Perda de prazer

Incapacidade difusa de ter prazer em qualquer atividade. Inclui marcada perda de interesse ou perda da libido.

1 = duração de pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

3 = pelo menos 1 mês

***40. Diminuição da libido**

Redução clara e persistente do interesse ou impulso sexual em comparação com o nível antes do início da doença.

0 = ausente

9 = duração de pelo menos 4 dias

1 = pelo menos 1 semana

41. Dificuldade de concentração

Queixa subjetiva de ser incapaz de pensar com clareza, tomar decisões, etc.

1 = duração de pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

3 = pelo menos 1 mês

42. Excessiva auto-culpabilização

Sentimentos extremos de culpa e desvalorização. Pode ser de intensidade delirante (“a pior pessoa do mundo”).

1 = duração de pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

3 = pelo menos 1 mês

43. Ideação suicida

Preocupação com pensamentos de morte (não necessariamente a própria). Pensa em suicídio, desejaria estar morto, tentativas de suicídio.

1 = duração de pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

3 = pelo menos 1 mês

44. Insônia inicial

O doente queixa-se de que é incapaz de começar a dormir, permanecendo pelo menos uma hora acordado.

1 = duração de pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

3 = pelo menos 1 mês

Só se tiver informação sobre insônia cotar este item.

45. Insônia intermediária (sono fragmentado)

Na maioria das noites o sono está perturbado, o doente acorda no meio do sono e tem dificuldade em voltar a adormecer.

0 = ausente 1 = presente

Só se tiver informação sobre insônia cotar este item.

46. Despertar precoce

O doente queixa-se que acorda persistentemente pelo menos uma hora mais cedo que a hora habitual de acordar.

1 = duração de pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

3 = pelo menos 1 mês

47. Sonolência excessiva

O doente queixa-se de dormir demasiado.

1 = duração de pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

3 = pelo menos 1 mês

48. Diminuição do apetite

O doente tem queixas subjetivas de diminuição do apetite. Não necessariamente observado comer menos.

1 = duração de pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

3 = pelo menos 1 mês

49. Perda de peso

1 = perda de 500 gramas por semana durante várias semanas

2 = perda de pelo menos 1 kg por semana durante várias semanas

3 = perda de pelo menos 5 kg durante o período de um ano

Não cotar as perdas de peso consecutivas a dietas voluntárias para emagrecer.

50. Aumento do apetite

O doente descreve aumento do apetite e/ou “comer reconfortante”.

1 = duração de pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

3 = pelo menos 1 mês

51. Aumento de peso

1 = aumento de 500 gramas por semana durante várias semanas

2 = aumento de pelo menos 1 kg por semana durante várias semanas

3 = aumento de pelo menos 5 kg durante o período de um ano

52. Relação sintomas psicóticos/ afetivos (item decisivo para diagnóstico, preencher com cuidado)

0 = sem / não co-ocorrência

1 = os sintomas psicóticos dominam o quadro clínico, embora possa ocorrer também perturbação afetiva ocasional

2 = os sintomas psicóticos e afetivos estão equilibrados com nenhum grupo de sintomas dominando o curso global da doença

3 = os sintomas afetivos predominam, embora possa também ocorrer sintomas psicóticos

4 = como na cotação “2” (ver acima) mais delírios ou alucinações durante pelo menos 2 semanas mas sem sintomas do humor

proeminentes

*53. Aumento da sociabilidade (0-2)

1 = excessiva familiaridade

2 = (duração de pelo menos 1 semana) para perda das inibições sociais que resultem em comportamento que é inadequado às circunstâncias e que não é próprio do seu caráter

9 = para um (excessiva familiaridade) ou outro (perda das inibições sociais) quando ocorrem durante pelo menos 4 dias mas menos que uma semana

54. Delírios persecutórios

Inclui todos delírios com ideação persecutória

0 = ausente 1 = presente

Quando cotarem delírios por favor cotar cada um separadamente num e só numa categoria descrevendo o tipo específico de delírio (persecutório, grandioso, influência/referência, bizarro, passividade percepção delirante primária, outros delírios primários, roubo do pensamento, culpa, pobreza ou niilístico.

*55. Delírios bem sistematizados

A doença é caracterizada por uma série de delírios bem organizados ou bem sistematizados.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração inespecífica

*56. Aumento da autoestima

O doente acredita que é uma pessoa excepcional com poderes, planos, talentos ou capacidades especiais. Cotar positivamente aqui se idéia sobrevalorizada, mas se a qualidade é delirante cotar também o item 57 (delírios de grandeza).

8 = duração de pelo menos 2 dias

9 = pelo menos 4 dias

- 1 = pelo menos 1 semana
- 2 = pelo menos 2 semanas

***57. Delírio de grandeza**

O doente tem um exagerado sentimento da sua importância, tem poderes ou capacidades excepcionais ou acredita que é rico ou famoso, nobre ou parente de pessoas importantes. Inclui também delírios de identificação com Deus, anjos, o Messias, etc.(ver também item 56).

8 = duração de pelo menos 2 dias

9 = pelo menos 4 dias

1 = pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

7 = presente pelo menos uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito).

***58. Delírio de influência**

Os acontecimentos, objetos ou pessoas do ambiente circundante do doente têm um significado especial, frequentemente de natureza persecutória. Inclui idéias de referência provenientes da televisão, rádio ou jornais, sendo que o doente acredita que estes órgãos de informação fornecem instruções ou prescrevem certos comportamentos.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração inespecífica

***59. Delírios bizarros**

Delírios estranhos, absurdos ou fantásticos cujo conteúdo pode ter uma qualidade mística, mágica ou de ficção científica.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer duração ou duração não está especificada

***60. Delírios espalhados**

Delírios que se alastram à maioria dos aspectos da vida do doente e/ou preocupam-no durante a maior parte do tempo.

0 = ausente

7 = presente por uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração inespecífica

Este item deve ser cotado em adição à cotação dos tipos de delírios descritos.

***61. Delírios de passividade**

Inclui todas as sensações, emoções ou ações fabricadas. Inclui todas vivências de influência em que o doente sabe que seus impulsos, sentimentos, atos ou sensações somáticas são controlados ou impostos por um agente externo.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração inespecífica

***62. Percepção delirante primária**

O doente percebe alguma coisa no ambiente externo que desencadeia uma crença especial, relativamente significativa, incompreensível da qual está certo e que de algum modo está vagamente ligada com a percepção desencadeante.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração inespecífica

***63. Outros delírios primários**

Inclui humor delirante e idéias delirantes.

O humor delirante é um humor estranho em que o ambiente parece mudado de uma forma ameaçadora, mas o significado da mudança não pode ser compreendido pelo doente, que geralmente está tenso, ansioso ou baralhado. Pode levar a uma crença delirante. Uma idéia delirante surge subitamente na mente do doente completamente formada e não anunciada por quaisquer pensamentos relacionados.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração inespecífica

***64. Delírios e alucinações que duram uma semana**

Qualquer tipo de delírio acompanhado por qualquer tipo de alucinação durando uma semana.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração inespecífica

Este item deve ser cotado em adição à cotação dos tipos de delírios descritos.

***65. Alucinações e delírios persecutórios/ciúme**

Isto se explica por si mesmo. Notar que as crenças anormais são de intensidade e qualidade delirante e são acompanhadas de alucinações verdadeiras.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração não está especificada

Este item deve ser cotado em adição à cotação dos tipos de delírios descritos.

***66. Inserção do pensamento**

O doente reconhece que os pensamentos estão sendo colocados na sua cabeça não sendo reconhecidos como seus e tendo sido provável ou claramente inseridos por um agente externo.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração inespecífica

***67. Roubo do pensamento**

O doente vivencia paragem dos pensamentos na sua cabeça, o que pode ser interpretado como sendo os pensamentos retirados (ou roubados) por algum agente externo.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês(menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração não está especificada

***68. Difusão do pensamento**

O doente vivencia difusão do pensamento para fora de sua cabeça de modo que podem ser compartilhados pelos outros ou até vividos por outros.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração não está especificada

69. Delírios de culpa

Crença firme mantida pelo doente de ter cometido algum pecado, crime ou ter causado dano a outros apesar da inexistência de qualquer evidência objetiva em apoio dessa crença.

0 = ausente 1 = presente

70. Delírios de pobreza

Crença firme mantida pelo paciente de ter perdido todo ou muito do seu dinheiro ou bens e tendo ficado pobre apesar da inexistência de qualquer evidência objetiva em apoio dessa crença.

0 = ausente 1 = presente

71. Delírios niilísticos

Crença firmemente mantida de que alguma parte do corpo do doente tenha desaparecido, apodrecido ou esteja afetado por alguma doença devastadora ou maligna apesar da inexistência de qualquer evidência objetiva em apoio dessa crença.

0 = ausente 1 = presente

72. Eco do pensamento

Cotar 1 se o doente vivencia pensamentos repetidos ou ecoados na sua cabeça ou de uma voz fora de sua cabeça.

0 = ausente 1 = presente

*73. Alucinações auditivas na terceira pessoa

Duas ou mais vozes dialogando sobre o doente na terceira pessoa. Cotar se “verdadeiras” ou “pseudo” alucinações, isto é, a diferenciação da origem das vozes não é importante.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração não está especificada

*74. Vozes comentadoras das atividades

O doente ouve vozes que descrevem as suas ações, sensações ou emoções a medida que ocorrem. Cotar quer estas sejam possíveis “pseudo” alucinações ou claras alucinações (verdadeiras).

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração não está especificada

*75. Vozes insultórias/ insultantes/acusatórias/ persecutórias

Vozes que falam para o doente de modo insultuoso, acusatório ou persecutório.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração não está especificada

*76. Outras alucinações auditivas (não-afetivas)

Qualquer outro tipo de alucinação auditiva. Inclui vozes agradáveis ou neutras e alucinações não verbais.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração não está especificada

*77. Alucinação não-afetiva de qualquer modalidade

Alucinações nas quais o conteúdo não tem relação aparente com elação ou depressão.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração não está especificada

78. Diagnóstico em toda a vida de abuso/ dependência de álcool

Uso continuado apesar do conhecimento de ter um problema persistente ou recorrente social, ocupacional, psicológico ou físico que é causado ou exacerbado pelo uso de álcool; ou uso recorrente em situações nas quais é fisicamente prejudicial; ou sintomas claramente indicativos de dependência. Um dos supracitados deve ter ocorrido persistentemente durante pelo menos 1 mês; ou repetidamente durante um período mais longo.

0 = não 1 = sim

79. Diagnóstico em toda a vida de abuso/ dependência de cannabis

Uso continuado apesar do conhecimento de ter um problema persistente ou recorrente social, ocupacional, psicológico ou físico que é causado ou exacerbado pelo uso de cannabis; ou uso recorrente em situações nas quais é fisicamente prejudicial; ou sintomas claramente indicativos de dependência. Um dos supracitados deve ter ocorrido persistentemente durante pelo menos 1 mês; ou repetidamente durante um período mais longo.

0 = não 1 = sim

80. Diagnóstico em toda a vida de abuso/dependência de outras substâncias

Uso continuado apesar do conhecimento de ter um problema persistente ou recorrente social, ocupacional, psicológico ou físico que é causado ou exacerbado pelo uso de outras substâncias; ou uso recorrente em situações nas quais é fisicamente prejudicial; ou sintomas claramente indicativos de dependência. Um dos supracitados deve ter ocorrido persistentemente durante pelo menos 1 mês; ou repetidamente durante um período mais longo.

0 = não 1 = sim

81. Abuso/dependência de álcool com psicopatologia

Abuso ou dependência como definido no item 78 acompanhado por qualquer dos itens precedentes que descrevem psicopatologia. 0 = não 1 = sim

82. Abuso/dependência de cannabis com psicopatologia

Abuso ou dependência como definido no item 79 acompanhado por qualquer dos itens precedentes que descrevem psicopatologia. 0 = não 1 = sim

83. Abuso/dependência de outras substâncias com psicopatologia

Abuso ou dependência como definido no item 80 acompanhado por qualquer dos itens precedentes que descrevem psicopatologia. 0 = não 1 = sim

84. Informação não credível

O doente dá respostas enganadoras às questões ou fornece um relato salgado, incoerente ou inconsciente.

0 = não 1 = sim

85. Ausência de insight

O doente é incapaz de reconhecer que as suas vivências são anormais ou que são produto de processos mentais anômalos, ou reconhece que as suas vivências são anormais, mas dá uma explicação delirante.

1 = ausência de insight 0 = presença de insight

86. Contato difícil

O entrevistador tem dificuldade em estabelecer contato com o doente, que parece distante ou alheio. Não incluir doentes que são difíceis de entrevistar devido à hostilidade ou irritabilidade.

0 = não 1 = sim

87. Prejuízo/incapacidade durante o distúrbio

0 = sem prejuízo

1 = prejuízo subjetivo no trabalho, escola ou funcionamento social

2 = prejuízo no papel mais importante da vida com clara redução na produtividade e/ou foi criticado por isso

3 = não funciona nada no papel mais importante da vida durante mais de 2 dias ou foi requerida a internação, ou ocorreram sintomas psicóticos ativos, tais como delírios ou alucinações

88. Deterioração do nível de funcionamento pré-mórbido

O doente não recupera o nível de funcionamento social, ocupacional ou emocional pré-mórbido, após um episódio agudo da doença.

0 = ausente 1 = presente

89. Os sintomas psicóticos respondem aos neurolépticos

Avaliar globalmente o período total. Cotar positivamente se a doença parece responder a qualquer tipo de neuroléptico (depot ou oral), ou se ocorre recaída quando a medicação é suspensa.

0 = não 1 = sim

90. Curso da doença

1 = Episódio único com boa recuperação

4 = Doença crônica contínua

2 = Episódios múltiplos com boa recuperação entre eles

5 = Doença crônica contínua com deterioração

3 = Episódios múltiplos com recuperação parcial entre eles

Cotar este item em sentido hierárquico, ex. se o curso do doente no passado foi cotado 2, mas no período de tempo agora considerado for cotado 4, então a cotação correta é 4.

ANEXO 5

BASES MOLECULARES DA ESQUIZOFRENIA EM POPULAÇÃO PORTUGUESA E BRASILEIRA
AA. INFORMAÇÃO DO OPCRIT VERSÃO 3.4

© 1992, 1993, 1994, 1998 P. McGuffin, A E Farmer & J Williams UWCM/ Tradução: Serviço de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina, Coimbra/Adaptação DIGGS/OPCRIT: Antonio Macedo & Paulo Belmonte de Abreu

	IDENTIFICAÇÃO	
01	Fonte de avaliação	
02	Período de tempo	
03	Código do sexo	
04	Idade de início (anos)	
05	Modo de início	
06	Solteiro	
07	Desempregado	
08	Duração da doença em semanas (máx.99)	
09	Mau ajustamento pré-mórbido ao trabalho	
10	Mau ajustamento social pre-mórbido	
11	Distúrbio pré-mórbido de personalidade	
12	Abuso de álcool / drogas dentro de um ano de início	
13	História familiar de esquizofrenia	
14	História familiar de outra doença psiquiátrica	
15	Doença cerebral estrutural anterior ao início	
16	Claro estressor psicossocial anterior ao início	
	APARÊNCIA E COMPORTAMENTO	
17	Comportamento bizarro	
18	Catatonía	
19	Atividade excessiva	
20	Atividade perigosa	
21	Distratibilidade	
22	Necessidade de sono reduzida	
23	Atividade agitada	
24	Atividade lentificada	
25	Perda de energia / cansaço	
	DISCURSO E FORMA DO PENSAMENTO	
26	Discurso difícil de entender	
27	Incoerência	
28	Discurso formal do pensamento positivo	
29	Discurso formal do pensamento negativo	
30	Pressão do discurso	
31	Pensamentos acelerados	
	AFETO E ASPECTOS ASSOCIADOS :	
32	Restrição do afeto	
33	Embotamento afetivo	
34	Afeto inapropriado	
35	Elevação do humor	
36	Humor irritável	
37	Disforia	
38	Variação diurna (humor pior de manhã)	
39	Perda do prazer	
40	Diminuição da libido	
41	Dificuldade de concentração	
42	Excessiva auto-culpabilização	
43	Ideação suicida	
44	Insônia inicial	
45	Insônia intermediária (sono fragmentado)	
46	Acordar precoce	
47	Sonolência excessiva	
48	Diminuição do apetite	
49	Perda de peso	

50	Aumento do apetite	
51	Aumento de peso	
52	Relação entre sintomas psicóticos e afetivos	
53	Aumento da sociabilidade	
	CRENÇAS E IDÉIAS ANORMAIS	
54	Delírios persecutórios	
55	Delírios bem sistematizados	
56	Aumento da auto-estima	
57	Delírio de grandeza	
58	Delírio de influência	
59	Delírios bizarros	
60	Delírios espalhados	
61	Delírios de passividade	
62	Percepção delirante primária	
63	Outros delírios primários	
64	Delírios/alucinações que duram 1 sem	
65	Alucinações/delírios persecutórios/ciúme	
66	Inserção de pensamento	
67	Roubo de pensamento	
68	Difusão de pensamento	
69	Delírios de culpa	
70	Delírios de pobreza	
71	Delírios nihilísticos	
	PERCEPÇÕES ANORMAIS	
1.	Eco do pensamento	
2.	Alucinações auditivas na Terceira pessoa	
3.	Vozes comentadoras da atividade	
75	Vozes insultuosas/acusatórias/persecutórias	
76	Outras alucinações auditivas (não-afetivas)	
77	Alucinação não-afetiva de qualquer modalidade (não-congruentes c/ humor)	
	ABUSO DE SUBSTÂNCIAS OU DEPENDÊNCIA	
72	Diagnóstico em toda vida de abuso/dep. de álcool	
73	Diagnóstico em toda vida de abuso/dep. de cannabis	
74	Diagnóstico em toda vida abuso/dep. de outras substâncias	
81	Abuso/dependência de álcool com psicopatologia	
82	Abuso/dependência de cannabis com psicopatologia	
83	Abuso/dep. de outras substâncias com psicopatologia	
	APRECIÇÃO GERAL	
84	Informação não credível	
85	Ausência de insight	
86	Contato difícil .	
87	Prejuízo/incapacidade durante o distúrbio	
88	Deterioração do nível de funcionamento pré-mórbido	
89	Os sintomas psicóticos respondem aos neurolépticos .	
90	Curso da doença	

