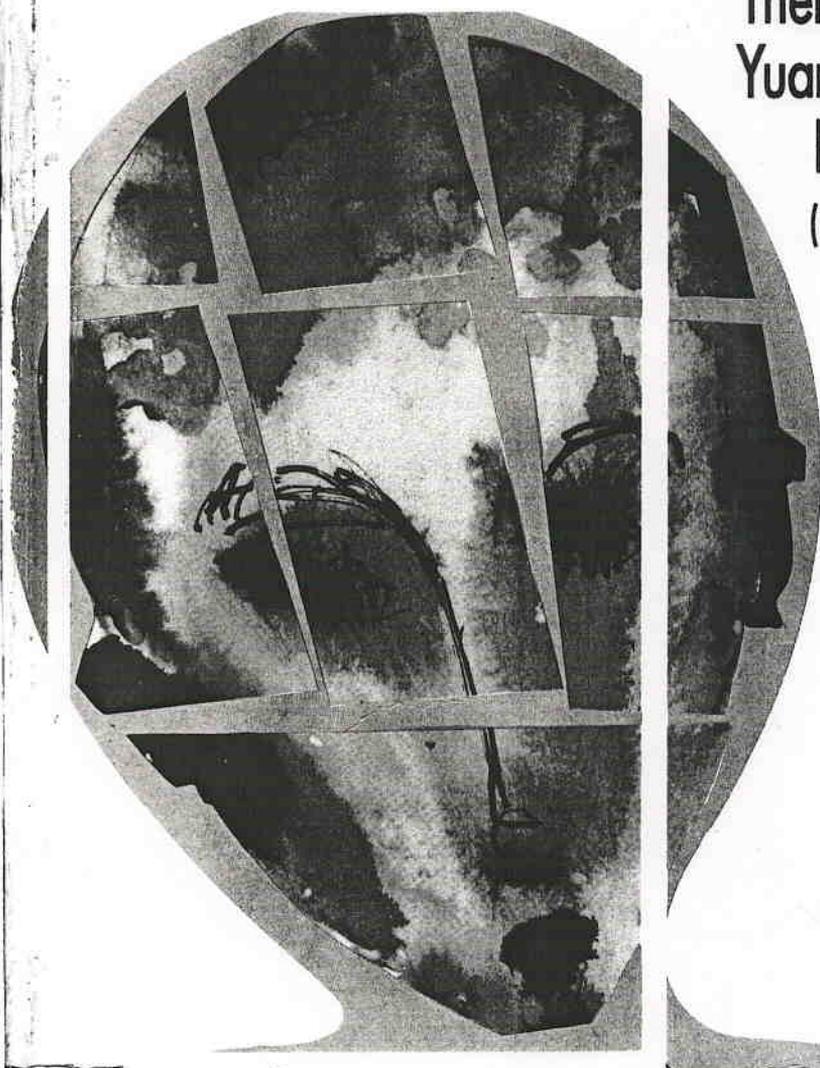


# PSIQUIATRIA BÁSICA

Mario Rodrigues Louzã Neto  
Thelma da Motta  
Yuan-Pang Wang  
Hélio Elkis  
(Organizadores)



GO.203

## Funções Psíquicas e sua Psicopatologia

Thelma da Motta  
Yuan-Pang Wang  
Renato Del Sant

Como ramo da Medicina, a Psiquiatria tem como ideal a cura de *todos* os casos de *todas* as doenças mentais. A proposta de universalidade de sua ação identifica-a como uma categoria científica; porém a pretensão de interferir para modificar um objeto a torna também uma tecnologia. Entretanto, de nada valeria a ciência e a técnica se o médico não utilizasse na sua prática a própria experiência acumulada, as suas sensibilidade, criatividade e destreza. Portanto, a Psiquiatria, assim como as demais especialidades médicas, é, também, arte.

Pelo fato de o doente mental ser seu objeto de estudo, faz-se necessária a análise deste conceito, pois o mesmo subentende a existência de uma *pessoa* (que está doente) e de uma *doença da mente humana*. Diferentemente das outras especialidades médicas, a dimensão psicológica é nuclear para a Psiquiatria, sendo a mente (sinteticamente) expressão do biológico e continente individualizado do social.

O homem, por ser estruturalmente um ser biopsicossocial altamente complexo, impõe que o estudemos em todos os seus diferentes níveis, sem que confundamos suas respectivas propriedades específicas e ou que reduzamos um nível ao outro, tomando a parte pelo todo.

Para a detecção da *doença* mental, a Psiquiatria utiliza-se do método fenomenológico para a avaliação do paciente, em razão das características intrínsecas de seu objeto, bem como das relacionadas ao instrumento de que se vale (a mente do entrevistador). Assim, o fundamento do exame psiquiátrico consiste na apreensão das alterações das funções psíquicas, que integradas constituem o todo do psiquismo humano. Muitas das queixas dos pacientes psiquiátricos não podem ser medidas e comprovadas por métodos laboratoriais. A subjetividade do doente e a do examinador cruzam-se de maneira inevitável durante a comunicação verbal e não-verbal entre ambos.

As interpretações de *conteúdo*, ou seja, as interpretações do universo do ser enquanto indivíduo com características e história próprias, devem, obrigatoriamente, ser distinguidas das alterações da *forma*, reflexo das propriedades universais do ser humano, sem, contudo, nos limitarmos a apenas uma dessas visões.

Antes de estudarmos as funções psíquicas propriamente ditas, apresentaremos, de forma sucinta, algumas das concepções filosóficas básicas de interesse para o trabalho psiquiátrico, enfatizando as origens e as bases da Fenomenologia.

## ORIGENS E BASES FILOSÓFICAS DO MÉTODO FENOMENOLÓGICO

René Descartes (1596-1650), filósofo francês considerado o pai da Filosofia moderna e o precursor do Racionalismo, é o responsável pelo desenvolvimento de grande parte da teoria científica produzida em nosso tempo, como também pelo fomento da discussão sobre questões relacionadas à prática da Psiquiatria.

Na tentativa de apreender o mundo, Descartes descreveu diversas modalidades do pensamento. Para ele, os objetos possíveis de serem conhecidos pelo “eu” pensante — o sujeito da consciência — devem ser colocados fora de si, em oposição ao sujeito. Argumenta Descartes que tudo o que vemos diante dos nossos olhos pode ser mera ilusão; só há garantia da existência do mundo externo quando há um “eu” que se reconhece existente, consciente e sujeito das percepções, pois, se ele próprio não existisse, todo o resto poderia ser falso. A apreensão do mundo só se efetua através de um sujeito pensante, o fundamento da possibilidade de conhecer. O argumento cartesiano concretiza-se no seu famoso *Cogitum ergo sum* (Penso, logo existo), a partir do qual se pode deduzir e construir todo o resto do mundo de maneira metódica e segura.

A filosofia cartesiana é, pois, uma filosofia da consciência: ela tenta demonstrar que a apreensão dos objetos percebidos, sejam eles reais, imaginários ou lembrados, passa necessariamente pela consciência do sujeito pensante. Outro ponto de grande interesse na obra de René Descartes é sua concepção dualista do ser, ou seja, corpo e alma. Para ele, a alma está estreitamente unida ao corpo (matéria com extensão) por estar alojada em seu interior, constituindo-se, entretanto, corpo e alma de substâncias distintas (Luria, 1979).

A relação mente-corpo (cérebro) tem importância capital para a Psiquiatria, por significar a própria razão de ser deste campo do conhecimento médico. Sendo assim, na tentativa de resolver este problema filosófico, consolidaram-se, a partir de diferentes correntes do pensamento, três formulações como respostas para a questão. De maneira simplificada, temos: a) solução idealista — postula que a mente é primária, e a matéria é um produto desta. Tal solução leva à conclusão de que alterações mentais ou psicológicas são primárias e deduzidas de eventos não-materiais; b) solução materialista — a mente é o produto do funcionamento especial da matéria (o corpo), e as alterações psicológicas são eventos determinados pela matéria; c) solução empírica — evidências são insuficientes para afirmar sobre a relação mente-corpo, mas, como as fontes de informações são as sensações, é possível colocar o problema como primário da matéria. Prefere-se aceitar as relações já comprovadas pela experimentação. Na verdade, tal solução é um materialismo prático (Hamilton, 1985).

Immanuel Kant (1724-1804) sustenta que em nossa existência experimentamos apenas a superfície das coisas ou os fenômenos (a coisa que aparece), mas não a verdadeira coisa-em-si (*nóumenon*). Para conhecer a coisa-em-si oculta, a mente precisa fazer um salto transcendental. O conhecimento é, então, o resultado das sensações e da atividade mental (intelecto ou entendimento), que as organiza no espaço e no tempo com a ajuda de categorias *a priori* (que preexistem a toda experiência sensível) da sensibilidade, como sucessão, qualidade, quantidade, extensão, relação e modalidade. O sujeito da consciência kantiano é um sujeito transcendental, pois contém as possibilidades *a priori* de conhecer. Para ele, a Psicologia é uma ciência que lida com os fenômenos da mente e não com a mente-em-si (Kant, 1979).

Outro expoente da tradição idealista alemã, Edmund Husserl (1859-1938), retoma algumas das questões levantadas por Descartes e entende que a nossa consciência possui uma intencionalidade que visa à apreensão do fenômeno. A Fenomenologia husserliana é, portanto, o estudo de eventos psicológicos subjetivos e deve, por isso, preceder outras ciências. Para ele, enquanto a Fenomenologia descreve experiências psicológicas subjetivas, a Psicologia tenta ordená-las em relações de causalidade.

Ainda segundo Husserl, nossa consciência — o sujeito pensante — deve efetuar ao apreender o mundo uma operação chamada de *redução fenomenológica (epokê)*. Nessa operação, a existência efetiva do mundo exterior objetivo é abstraída, “posta entre parênteses”, ou seja, é desvinculada de outros conhecimentos e influências, para examinar *tal como é* o mundo externo ideal, empírico (Husserl, 1979).

Para alcançar *essa essência empírica* através de caminho seguro que permita o desenvolvimento de uma teoria objetiva do conhecimento, o observador deve estar atento para os seus próprios pressupostos

com a finalidade de evitar que interfiram na observação; o mundo natural deve ser abstraído, tomando-se como objeto aquilo que aparece na consciência do observado (fenômeno) para, finalmente, após a identificação de todos os seus atributos, buscar objetos da mesma natureza para realizar comparações.

A atitude de apreender e aceitar o mundo externo "porque existe tal como se vê", portanto, natural e espontâneo, chamamos de objetivismo ingênuo. A Fenomenologia ataca esta atitude, tendo em vista abolir sua posição irrefletida de lidar com o externo. A nossa consciência possui um sentido e um modo próprios de funcionamento.

Em Psiquiatria, o método fenomenológico é utilizado para descrever o doente, sem preconcepções teóricas, filosóficas ou ideológicas de qualquer espécie a seu respeito. O método fenomenológico é um procedimento empírico realizado com a participação da comunicação do paciente. Descreve suas vivências, vale dizer, aquilo que ocorre em sua consciência. Mais uma vez, deve-se ater somente àquilo que se pode distinguir e descrever em sua existência real. Nesse trabalho, as pressuposições, interpretações, teorias e julgamentos devem ser abstraídos para a observação dos pacientes. Foi Karl Jaspers (1883-1969), psiquiatra e filósofo alemão, quem introduziu tal sistemática na prática clínica, em 1911, para "apresentar de maneira viva, analisar em suas relações de parentesco, delimitar, distinguir da forma mais precisa possível e designar com termos fixos os estados psíquicos, que os pacientes realmente vivenciam" (Jaspers, 1985).

As vivências de um indivíduo são variadas e podem ser determinadas por características da própria pessoa e por fatores sócio-culturais. Através do reconhecimento do que é invariável dentro dessa multiplicidade de vivências individuais é que são extraídos os fenômenos psíquicos particulares, os quais, por sua vez, articulam entre si para formar a totalidade da vida psíquica.

## A PSICOPATOLOGIA DAS FUNÇÕES PSÍQUICAS

A Psicopatologia, segundo Karl Jaspers (1985), é o estudo dos fenômenos psíquicos conscientes e patológicos que ocorrem no homem de modo universal. Aparece como ciência a partir do final do século XIX, ganhando desenvolvimento em várias correntes diferentes no século seguinte, quando toma corpo como disciplina com método próprio de trabalho (Beauschesne, 1989). Era designada como "psicologia patológica", mantendo relações ambíguas com a Psicologia e a Psiquiatria (Sonnenreich e Bassit, 1979).

"As relações entre psicopatologia e o psiquismo alterado ou o doente podem ser encaradas como as relações entre qualquer ciência e o seu objeto" (Sonnenreich e Bassit, 1979). Normalmente, examina-se de forma isolada cada função psíquica do paciente para depois formular o todo psíquico. A Psicopatologia é, pois, uma abstração analítica da realidade e da totalidade do psiquismo humano, decompondo-o em conceitos operativos para formular, mais tarde, os quadros nosológicos.

Importa-se fundamentalmente com a *forma* de cada função. Por serem influenciados por fatores culturais e sócio-culturais, os *conteúdos* têm uma importância secundária.

A forma é a espécie e a ordem de atributos que nos permite definir o objeto, identificando-o e afirmando como ele é; designa o modo de existir em que se apresentam os conteúdos. O conteúdo é o sentido que definimos do objeto, através dos sentidos dos seus atributos; ele modifica, dá peso e sentido à interpretação e apreensão dos fenômenos. Exemplificando, podemos dizer que a forma de um livro é aquilo que faz com que reconheçamos que se trata de um livro, isto é, a essência deste objeto; e o conteúdo é aquilo que define tal livro, a sua mensagem, ou melhor, aquilo que é comunicado pelo texto.

Através da caracterização psicopatológica das funções psíquicas, distinguimos os quadros clínicos das diversas síndromes mentais, valendo-nos desses parâmetros para a adoção da conduta terapêutica mais adequada. Ressaltamos mais uma vez que não se pretende, contudo, reduzir o indivíduo humano a uma mera somatória de funções psíquicas. É também essencial para a prática clínica a avaliação do doente mental como um todo biológico, psicológico e social.

A Psicopatologia fenomenológica é essencialmente descritiva. Jaspers descreve e classifica como rendimentos as funções que podem ser medidas, têm exatidão, são quantificáveis. Elas compreendem a orientação, a memória, a psicomotricidade, a linguagem, o pensamento e o juízo, sendo a inteligência o todo dos rendimentos. As demais funções psíquicas — atenção, sensopercepção, crítica, afetividade,

impulsividade, conação e prospecção — são chamadas de vivências internas subjetivas, sendo a consciência o seu todo momentâneo.

Descrevemos as funções psíquicas e a sua psicopatologia separadamente pela facilidade didática, pois em verdade, todas se cruzam. Lembramos, ainda, que a alteração isolada de uma delas nem sempre significa patologia.

## CONSCIÊNCIA

A origem do termo consciência, do grego *syneidesis* e do latim *cumscientia*, traz como significado “uma relação cognoscitiva com” (*Enciclopédia Universal Ilustrada*, 1930).

De difícil definição, aceitamos a caracterização de Rosenfeld (1929), adotada por Jaspers: “uma atividade integradora dos fenômenos psíquicos, é o *todo momentâneo* que possibilita que se tome conhecimento da realidade naquele dado instante” (Jaspers, 1985). Porém, tal definição oferece apenas a visão do corte transversal da consciência, excluindo o contínuo fluir da corrente da vida psíquica. Segundo Alonso-Fernández (1979), o conceito poderia ser transformado em: “consciência é a totalidade da experiência momentânea inserida na corrente contínua da vida psíquica”.

A consciência pode ser dividida na interioridade real da vivência (em oposição ao evento biológico concomitante), na relação dicotômica sujeito-objeto (o sujeito que se dirige intencionalmente para objetos) e no conhecimento da consciência de si mesmo (Jaspers, 1985). Dessa forma, a consciência não se limita ao subjetivo, mas consiste na via de inserção do ser no mundo, não sendo, contudo, o ser, o mundo, o sujeito ou o objeto. Em interessante figuração, Jaspers compara a consciência a um palco onde os fenômenos psíquicos ocorrem.

A consciência possui uma dimensão vertical, determinada pelo seu grau de claridade ou nível da consciência, e uma dimensão horizontal, a amplitude do campo da consciência, ou seja, a sua abrangência — a totalidade de sua organização.

As alterações patológicas da consciência podem ser classificadas como quantitativas e qualitativas: as primeiras são aquelas decorrentes da variação do nível de consciência, ou seja, da claridade com que os fenômenos psíquicos são vivenciados. Correspondem ao conceito de consciência neurológica.

Os transtornos variam desde o coma (ausência de vida psíquica) até a hipervigilância — estado de muita claridade da consciência, com aumento do interesse, diminuição do tempo de trabalho e de reação, além de máxima capacidade de captação de impressões pela percepção em detrimento da capacidade de concentração e de pensar em profundidade (Jaspers, 1985). A hipervigilância pode ocorrer na mania, nos estados obsessivos, em “auras” (crises epilépticas parciais) e no uso de algumas drogas.

Entre os níveis intermediários estão a *lucidez*, a *sonolência*, a *obnubilação* e o *delirium*. A *lucidez* constitui o estado normal de consciência, em que os conteúdos possuem nitidez e claridade médias, ou em que, segundo Bleuler (1985), há a manutenção da orientação, da memória, da capacidade de pensar e reagir corretamente, estado de humor relativamente estável e um comportamento social adequado. O sono, o sonho, o cansaço e o estado hipnótico são estados fisiológicos de variação da consciência.

Nos estados de alteração quantitativa da consciência, o indivíduo apresenta fala, pensamento e emoções que dificilmente podemos entender, não empatizamos com suas atuações, ele confunde percepções e representações, não consegue fixar sua atenção e está geralmente desorientado no tempo e no espaço.

A *obnubilação* é um estado de diminuição da nitidez da atividade psíquica, acompanhada de sonolência e lentificação do pensamento, que se prende a representações isoladas e o *delirium* é um grau mais intenso de alteração, sendo caracterizado por rebaixamento da consciência, com alteração da atenção, da memória de fixação e da orientação temporo-espacial. Este estado de consciência propicia, geralmente, vivências patológicas tais como ilusões, falsas percepções, alucinações, onirismos, lentificação do pensamento, idéias delirantes e delirantes, cognições destacadas, etc. O grau de claridade da consciência *flutua* havendo, freqüentemente, o entrelaçamento entre vivências reais, cotidianas e psicóticas (Alonso-Fernández 1979; Mayer-Gross e cols. 1969; Jaspers, 1985).

As alterações qualitativas decorrem da variação na amplitude do campo da consciência.

## ATENÇÃO

O estado crepuscular refere-se a um estreitamento do campo (amplitude) da consciência. Nestes quadros, os pacientes parecem ter perdido o elo com o mundo exterior, quase não falam e agem como se estivessem psicologicamente ausentes, praticando atos estranhos ao conteúdo habitual de sua ideação, sem, contudo, perder totalmente a lógica. Suas vivências podem ser comparadas a um onirismo, experienciando-as com grande excitação e violência ou até em total estupor. A consciência restringe-se a determinados setores, estando mnemicamente fragmentada (p. ex., histeria, epilepsias e síndrome mental orgânica).

Além da consciência objetiva, relacionada aos objetos e estudada anteriormente, a consciência possui um componente reflexivo, sobre si mesma, o qual foi chamado por Jaspers (1985) de consciência do eu. Esta possui quatro propriedades formais e está frequentemente alterada na esquizofrenia; o indivíduo as vivencia como reais, em sua concretude e não se expressa no sentido metafórico. A propriedade da identidade do eu refere-se ao fato de que o *eu* é consciente de que é o mesmo que antes, de que sempre foi a mesma pessoa. Exemplos de sua alteração: "Não sou o mesmo que era até 1989", "Sou um outro eu", "Agora, sou Napoleão Bonaparte" ou "Antes de me tornar Henrique VIII, era uma outra pessoa".

A unidade do eu reflete a consciência de que o *eu* é *um todo* no mesmo momento, é uno e indivisível. Por exemplo, "Sou duas pessoas: a cabeça é de meu pai, e o corpo, de minha irmã" ou "A moça loira luta com a morena dentro de mim para possuir o controle da minha razão".

Quando estamos conscientes de que nós mesmos realizamos nossas atividades, ou seja, o *eu* é consciente de que ele realiza a ação, a propriedade da atividade do eu está íntegra. Sua alteração pode ocorrer em relação a qualquer ação do sujeito e, desta maneira, os pensamentos, sentimentos ou atitudes são realizados por outrem que não ele próprio. A tais fenômenos Kurt Schneider (1978) denominou *vivências de influência*. Por exemplo, "(...) o aparelho de espionagem americano está controlando meu pensamento", "Você domina as minhas pernas quando ando" ou "Não sou eu quem ordena minha vontade".

Por fim, a oposição do eu em relação ao outro e ao exterior refere-se à atividade de delimitar-se do mundo circundante. Quando ocorre alteração desta propriedade, os pacientes identificam-se com os objetos do mundo externo, havendo uma perda do limite entre os dois. Por exemplo, "eu sou aquela árvore", "Sou o mesmo que você" ou "Agora, sou a mobília: mesa, cadeiras, tapete e espelho fazem parte do meu ser".

A despersonalização é um tipo de transtorno da consciência do eu no qual o paciente relata que vivencia a si próprio como irreal, diferente, transformado, estranho ou dissociado. Às vezes, refere que está representando um papel ao invés de estar sendo espontâneo e natural, ou seja, que é outra pessoa. Neste caso, há alteração em nível da identidade, da atividade e da oposição do eu.

Frequentemente a despersonalização é acompanhada de desrealização, fenômeno no qual o ambiente que cerca o indivíduo é experienciado como irreal, desconhecido, diferente, com sensação de estranheza. Às vezes, o paciente relata que sente que falta cor ou vida no mundo, que tudo que o cerca parece um palco artificial com atores, ao invés de pessoas autênticas.

## ATENÇÃO

A atenção consiste na capacidade de focalizar a atividade psíquica, de discriminar os conteúdos na consciência, dirigindo-se a determinados estímulos. Assim, em seu centro ou foco, temos os conteúdos com clareza e nitidez máximas, ocorrendo os fenômenos cada vez menos conscientes à medida que nos afastamos do ponto central.

O interesse e o pensamento são os dirigentes da atenção, sendo que a intensidade com que a efetuamos é o grau de *concentração* alcançado, e o número de representações úteis recrutadas é sua *amplitude*. Na atenção, existem dois fenômenos distintos: a consciência e o impulso, que guardam íntima relação de conexão (Alonso-Fernández, 1979).

Chamamos de *tenacidade* da atenção à capacidade de mantê-la dirigida continuamente, e de *vigilância*, à de voltar-se para objetos novos (Bleuler, 1985).

A atenção possui três propriedades: a) a propriedade de voltar-se para um objeto de modo voluntário ou ativo, originado de condicionamentos interiores; ou involuntário, espontâneo ou passivo,

atração por acontecimentos externos independentemente da vontade; b) a propriedade de selecionar certos conteúdos no foco da consciência e determinar o grau de clareza dos mesmos e c) a propriedade de direcionar o curso ulterior da vida psíquica através dos conteúdos conscientes que dão o fundamento aos estímulos associativos posteriores.

Pode ser classificada em *concentrada* (quando se dirige a um ou dois objetos) e em *dispersa* (quando repartida em mais de dois) e, ainda, segundo as classes de experiências para as quais está voltada, em *reflexiva* (sobre si mesma), *dirigida* (atenção voluntária), *espontânea* (atenção espontânea), *automática* (atenção mínima) e o *vivido e não-experenciado* (atenção nula) (Alonso-Fernández, 1979).

A diminuição da atenção, ou hipoprosexia, pode ocorrer por falta de interesse (como nos deprimidos e esquizofrênicos), por déficit intelectual (como na oligofrenia e demência) ou por alteração da consciência (como na obnubilação e no *delirium*). A hiperprosexia ou distraibilidade pode ocorrer nos estados maníacos, histéricos ou paranóides. Chamamos de pseudo-aprosexia ao déficit apenas aparente da atenção, como o que ocorre em indivíduos muito concentrados em alguns conteúdos psíquicos (p. ex., quando estamos fazendo um cálculo, lendo ou num jogo de xadrez). Pode ocorrer também em quadros neuróticos e psicóticos.

## ORIENTAÇÃO

Orientação é a capacidade de situar-se em relação a si e ao mundo no tempo e no espaço. É um rendimento bastante complexo que exige relacionar vários dados psíquicos. A orientação está condicionada a outras funções, assim, só é possível estar orientado temporo-espacialmente se a atenção, a memória e o pensamento estão íntegros.

Chama-se orientação autopsíquica aquela em relação à própria pessoa, alopsíquica, a que ocorre em relação às pessoas circundantes e temporo-espacial, aquela relacionada ao tempo e ao espaço.

Vários transtornos psiquiátricos podem levar à alteração da orientação, como amnésia, transtornos delirante-alucinatorios, alteração do nível de consciência, etc. Ela pode alterar-se de forma isolada ou global. Em geral, a desorientação ocorre de modo gradual, inicialmente em relação ao tempo, depois ao espaço e a última a ser alterada é a autopsíquica. Assim, ao acentuar-se um transtorno da consciência desorganiza-se de modo progressivo a orientação alopsíquica e a autopsíquica. Como sinal de lesão parietal focal encontramos uma desorientação estritamente espacial.

## MEMÓRIA

Memória é definida como a capacidade de registrar, fixar e reproduzir os vestígios da experiência anterior. Pode ser dividida em capacidade de *fixação* e de *evocação*. A memória de fixação ou notação é a capacidade de levar o material novo ao campo mnêmico; a memória de evocação é a capacidade de trazer material passado deste reservatório até a consciência.

O funcionamento adequado da memória está na dependência da atenção, da motivação e da aprendizagem do sujeito. Ela também guarda relação compreensível com a afetividade, a significação dos dados e a vontade de esquecer. Em primeiro lugar, esquecemos o que nos é indiferente, em segundo, o que nos é desagradável e, por último, as vivências prazerosas. Esquecemos mais facilmente, também, fatos recentes do que antigos.

As perturbações funcionais da memória compreendem as recordações intensamente influenciadas por pressões afetivas — *ilusões mnemônicas* — ou seja, se estamos tristes, nos lembramos de acontecimentos ruins, ao passo que quando estamos contentes associamos recordações alegres. Nos casos mórbidos, as lembranças são distorcidas para adequarem-se às necessidades do paciente (Bleuler, 1985).

Na psicopatologia da memória encontramos alterações quantitativas e qualitativas (*dismnésias*). As alterações quantitativas podem ser totais ou parciais.

As *amnésias* compreendem os transtornos da memória que atingem certo tempo limitado, do qual pouco ou nada é recordado. Podem ser divididas em *amnésias anterógradas* (de fixação) e *retrógradas*

(de  
org  
As  
pat  
Oc

o a

far  
pe  
floinc  
oc"já  
name  
hi:  
de

## PENSAMEI

pr  
te  
né  
ou  
pe  
pe  
uino  
tc  
rrd-  
si  
dg  
ir  
à  
ii  
dv  
c  
c

exemplo, o médico pergunta à paciente se ela se mudara no último ano e esta responde: “Sim, pois era muda e estúpida, não surda, conheço a Ida Daube, que está morta, provavelmente morreu de inflamação do ceco; não sei se era cega; o cego Hesse, o grão-duque de Hesse, a irmã Luíza, o grão-duque de Baden, o marido morreu no dia 28 de setembro de 1907, quando voltei, é, vermelho-dourada-vermelho” (Jaspers, 1987).

No estupor maníaco pode haver a associação de fuga-de-idéias com inibição de pensamento, sendo que os pacientes se queixam de não conseguirem pensar e ordenar suas idéias para se expressarem devido à imensa quantidade de idéias que lhes aflui à mente.

As alterações formais do pensamento compreendem a arborização, a reverberação, a perseveração, a prolixidade, o bloqueio, o roubo, a inserção, a condensação, a sonorização, o eco, a desagregação, a incoerência e a ambivalência do pensamento; assim como o pensamento autista, estão incluídos ainda o obsessivo, o prevalente e o empobrecido.

Denomina-se arborização do pensamento o fenômeno que ocorre devido à perda da direcionalidade, em que o mesmo procura seguir diferentes caminhos, não conseguindo concluir o raciocínio. Pode ocorrer, também, na mania.

A intencionalidade do pensamento está alterada na reverberação, em que determinado tema persiste por longo período de tempo. Na perseveração, a alteração da intencionalidade reflete-se na dificuldade de mudar de um tema para outro, de se desvincular de uma idéia. Assim, os pacientes ficam repetindo diversas vezes a mesma frase ou palavra mesmo que fora de contexto. Estas alterações são comuns em transtornos mentais orgânicos.

Quando há o apego a determinadas idéias que se repetem com redundâncias supérfluas, não havendo distinção entre o essencial referente ao tema e o acessório, estamos diante de um pensamento prolixo. O mesmo apresenta tendência a desviar-se, sem, contudo, perder-se do tema, o pensamento liga-se desproporcionalmente em pormenores. Pode ser conseqüente à falta de capacidade de abstração, à dificuldade de passar de um tema a outro ou, ainda, à necessidade de ilustrar a mesma representação sempre com novos elementos em função de um aprofundamento excessivo. É comum nos quadros orgânicos.

Ao corte brusco no curso habitual das idéias, chama-se bloqueio de pensamento. O paciente vivencia uma parada súbita de seu pensar na ausência de ansiedade e, sem nenhum motivo aparentemente compreensível, interrompe seu discurso, fica em silêncio e não retoma o que estava dizendo. Por exemplo, “Eu gostava muito de nadar, de pescar, subir em árvores”. Relata, posteriormente, que não tem pensamentos naquele momento. Quando o indivíduo tem a vivência de terem lhe retirado determinado pensamento, denomina-se roubo do pensamento.

A inserção de pensamento é a vivência de introdução de idéias que não são do próprio indivíduo no curso do pensamento, provocando a sensação de uma ruptura do raciocínio, alheia à vontade do sujeito. Em geral, o paciente refere que tais pensamentos foram colocados em sua mente por radares, telepatia, etc.

O fenômeno no qual o paciente exprime várias idéias com um mínimo de palavras, criando para isto neologismos — palavras inventadas sem significações universalmente aceitas — é chamado de condensação do pensamento. Por exemplo, “biostato sódico fasintrico”, “cosmização” etc. O pensamento paralógico ocorre quando palavras com significados convencionais são usadas em uma nova acepção semântica. Por exemplo, “Eu sou a Grécia” significa “Eu amo a cultura grega”.

Na sonorização do pensamento, o paciente descreve que seus pensamentos se repetem fora de sua mente, parecem ressoar alto em sua cabeça (além de seu espaço subjetivo), quase como se alguém próximo a ele pudesse ouvi-los. É comum que o esquizofrênico diga: “Por que me pergunta isto? Você sabe de sobre o que penso, melhor do que eu” (Alonso-Fernández, 1979). Outras vezes, o mesmo vivencia o seu próprio pensamento repetidamente ou em eco, ao que chamamos de eco do pensamento.

A desagregação do pensamento ocorre quando há perda da unidade, da sintaxe e do fluxo do discurso. As idéias perdem a ligação entre si, e o pensamento fica sem nexos, sem sentido. Está fracionado em unidades isoladas, grupos de frases ou fragmentos aparentemente sem sentido entrelaçados de modo casual, incompreensíveis.

Nas formas leves, a sintaxe pode estar preservada, e nas severas, totalmente destruída, chegando ao paragramatismo, um fenômeno característico da esquizofrenia: “Aqui está tudo como sempre esteve. Gosto das maçãs e das rosas, porém Zeus, no caminho das montanhas, disse que os fazedores de espírito

LINGUA

e o:  
cas  
3 v  
apa  
pre  
na  
pel  
obj  
sati  
“er  
cor  
per  
cor  
imj  
refi  
ma  
ind  
rep  
go:  
tai:  
idé  
Os  
er  
gra  
pr  
Sa  
fal  
cor  
pr  
pe  
e e  
pe:  
est  
pe  
dir  
va  
da  
pr  
pe

e os acrobatas sentem a pulsação (...)", "Europa Central e Europa Centrala era Nr. 3258 Ernst Gisler casamento também a chave pelo reverendo Dr. Studer Kaiser D do Titt. Standerbank ppr 96 ou darta postal 3 vvia Imperial e Real também (...)" (Bleuler, 1985).

O pensamento incoerente é formalmente semelhante à desagregação, as idéias associam-se aparentemente de forma aleatória e sem nexos de sentido. Usamos tal denominação para a alteração presente nos quadros em que há rebaixamento de consciência.

Ambivalência ideativa consiste na coexistência de pensamentos contraditórios no raciocínio e até na mesma frase: "Tenho uma amiga muito honesta que é uma ladra".

Como mencionado anteriormente, o pensamento autista é caracterizado por estar mais influenciado pelas motivações internas do que pela realidade exterior. Segundo Bleuler (1985), seus conteúdos e objetivos são sempre aqueles que mobilizam mais profundamente o nosso mundo interno, levando à satisfação de nossos desejos e anseios mais primitivos. O paciente fica voltado para si mesmo, "ensimesmado". Ocorre nos estados autistas esquizofrênicos, em que há perda total ou parcial do contato com a realidade.

O pensamento prevalente corresponde a idéias supervalorizadas secundariamente à afetividade que persistem por tempo prolongado na mente do indivíduo (p. ex., a pessoa apaixonada que pensa constantemente no amado).

O pensamento obsessivo (ou anancástico, de *ananké* — imposição) é composto de idéias que se impõem involuntariamente e que o indivíduo reconhece como próprias, porém absurdas e irracionais. São referidas como sendo, em geral, muito incômodas e ansiogênicas. Podem aparecer não apenas como idéias, mas também sob a forma de representação ou imagem, vivenciando-as na qualidade de lembrança, indagação, ruminação ou temor. Por exemplo, um paciente que apesar de não ser gnóstico, apresentava repetidamente pensamentos como "Deus é mau", "Deus tem que quebrar sua perna", "Ave-Maria não gosta de Deus", o que lhe gerava muita ansiedade e medo de ser punido, recorrendo a rituais para afastar tais idéias.

Finalmente, chamamos de pensamento empobrecido aquele que possui poucas representações e idéias. O pensamento é simplista, rasteiro, não sendo possível vincular uma reflexão à experiência total. Os vários aspectos de determinada experiência não são vistos de forma crítica.

Os conteúdos do pensamento por si só não caracterizam alteração psicopatológica, mas são típicos e recorrentes em síndromes depressivas as idéias de ruína, culpa, tristeza, e na mania, as idéias alegres, de grandeza e de poder.

## LINGUAGEM

A linguagem é um modo de comunicação que se caracteriza pelo uso de fonemas em combinação, produzindo o conjunto de palavras de uma língua, cuja combinação engendra o discurso. O lingüista suíço Saussure, por sua vez, distingue língua — regras sintáticas, semânticas e fonológicas aprendidas por todo falante da fala — ou o discurso que a pessoa realmente diz. A linguagem é, pois, uma manifestação psíquica com uso de regras (língua) e exteriorização sonora através da fala, um fenômeno psicomotor. O discurso produzido reflete o conhecimento do usuário das regras de linguagem e a organização do seu processo de pensamento. A produção discursiva depende de fatores como contexto, motivação, habilidade cognitiva e estado emocional.

O pensamento reflete-se no discurso do paciente, mas não é o mesmo fenômeno. A alteração do pensamento indica anormalidade na ideação, pode ocorrer independentemente do discurso falado e ser estudado sozinho (Kasanin, 1968). No entanto, a constituição da linguagem depende do processo do pensamento para a sua organização e exteriorização. O neuropsicólogo Luria (1979) propõe um modelo dinâmico de formação da linguagem falada: o processo inicia com a constituição do pensamento, ainda vago e subjetivo, com a participação de motivações internas. Aos poucos, forma-se um projeto de elocução da futura enunciação, constituindo uma linguagem interna, pré-verbal. Só após essas etapas ocorre a fala propriamente dita, concreta e objetiva. Na prática clínica, muitas vezes, confunde-se fenômenos de pensamento e linguagem, não sendo realizada tal distinção.

(de evocação). Estas e as *hipomnésias* (diminuição da memória) podem ocorrer nas síndromes mentais orgânicas com ou sem rebaixamento da consciência, em transtornos psicogênicos e quadros psicóticos. As *hipermnésias* (aumento da capacidade mnésica) podem ocorrer de modo transitório em estados patológicos como o estado crepuscular histérico e epiléptico, em estados hipnóticos e pré-agônicos. Ocorre de forma permanente em indivíduos geniais e em oligofrênicos.

As alterações qualitativas compreendem a paramnésia ou confabulação, a criptomnésia, a ecmnésia, o *déjà-vu* e *jamais-vu*, as percepções e ocorrências delirantes mnésicas e as mentiras patológicas.

A *paramnésia* ou *confabulação* é o preenchimento de lacunas mnésicas com fatos criados e fantasiosos que podem ou não ter ocorrido, mas que são aceitos como recordações verdadeiras. Ao perguntarmos a um paciente o que ele fez durante a manhã, responde naturalmente que foi caminhar pela floresta. Em geral, está comumente presente na síndrome de Korsakoff.

A *criptomnésia* corresponde ao súbito esquecimento de determinados períodos do passado individual, e *ecmnésia*, à súbita recordação destes, ou seja, é a presentificação do vivido. A ecmnésia pode ocorrer nos processos demenciais.

Como subentendido pelos termos, *déjà-vu* refere-se à experiência de "já ter visto" e *jamais-vu* de "jamais ter visto" cenas, eventos ou lugares a respeito da vida do indivíduo. Tais fenômenos são comuns na epilepsia do lobo temporal, mas podem ocorrer inclusive em pessoas sadias durante o cansaço.

A *mentira patológica* caracteriza-se pelo fato do próprio indivíduo acreditar em mentiras. A modalidade mais característica é a pseudologia fantástica, própria das personalidades carentes de afeto ou histéricas. O paciente altera, em pensamento, acontecimentos passados e presentes no sentido de "contos de fada" com a finalidade de satisfazer seus desejos e necessidades.

As percepções e as ocorrências delirantes mnésicas serão descritas na psicopatologia do juízo.

## PENSAMENTO

O pensamento consiste na atividade de suceder idéias expressas através da linguagem. É um processo constituído por dois componentes: a) associativo, que conecta as idéias de modo passivo e b) tendência determinante, que ordena e direciona ativamente o pensamento, de acordo com os interesses e necessidades. As associações podem se dar por semelhança e analogia, de acordo com a relação temporal ou com o estado afetivo das experiências, por estarem submetidas ao mesmo objetivo, etc. Porém "no pensamento não juntamos apenas; antes de mais nada, damos *forma*: a elaboração do experimentado pelo pensamento conduz a conteúdos psíquicos, que não são apenas a soma de suas partes, mas representam uma configuração e portanto algo independente" (Bleuler, 1985).

É através do pensamento que compreendemos o mundo, asseguramos nossa existência, dirigimos nosso comportamento e nos adaptamos. Diferentemente do pensamento ligado à experiência, o pensamento autista, o pensamento mágico e os sonhos diurnos consistem em criar um mundo novo que se adapte melhor aos desejos do que à realidade.

No estudo do pensamento são avaliados seu curso (ou velocidade), forma e conteúdo. A *velocidade* do pensamento pode estar diminuída e a este fenômeno dá-se o nome de *lentificação do pensamento* (o suceder lento das idéias). Pode ocorrer nos transtornos depressivos, em alguns casos de esquizofrenia e de neurose ou, ainda, em transtornos orgânicos.

A lentificação extrema leva à *inibição* do pensamento, em que as associações são escassas, há uma grande adesão à mesma tendência determinante e uma dificuldade para mudar a atenção. O paciente não inicia nada, custa a dizer qualquer coisa, pensa com grande esforço: "Não me ocorre nada, nada me vem à cabeça (...)". Pode chegar à uma tal escassez de idéias, que acarreta o monoideísmo e/ou o mutismo; o indivíduo permanece vinculado à determinada ideação, da qual não consegue se livrar. Pode ocorrer na depressão, em estados estuporosos ou na inconsciência.

A aceleração corresponde ao fenômeno oposto, podendo chegar à "fuga-de-idéia", em que a velocidade do pensamento é tal que a produção verbal se dá pela associação de som (rima e assonância) ou temas; há uma incapacidade de concluir o raciocínio, a todo momento o paciente muda de um tema para outro. Os conteúdos afluem maciçamente, paralisando as tendências determinantes do pensamento. Por

exemplo, o médico pergunta à paciente se ela se mudara no último ano e esta responde: "Sim, pois era muda e estúpida, não surda, conheço a Ida Daube, que está morta, provavelmente morreu de inflamação do ceco; não sei se era cega; o cego Hesse, o grão-duque de Hesse, a irmã Luíza, o grão-duque de Baden, o marido morreu no dia 28 de setembro de 1907, quando voltei, é, vermelho-dourada-vermelho" (Jaspers, 1987).

No estupor maniaco pode haver a associação de fuga-de-idéias com inibição de pensamento, sendo que os pacientes se queixam de não conseguirem pensar e ordenar suas idéias para se expressarem devido à imensa quantidade de idéias que lhes aflui à mente.

As alterações formais do pensamento compreendem a arborização, a reverberação, a perseveração, a prolixidade, o bloqueio, o roubo, a inserção, a condensação, a sonorização, o eco, a desagregação, a incoerência e a ambivalência do pensamento; assim como o pensamento autista, estão incluídos ainda o obsessivo, o prevalente e o empobrecido.

Denomina-se arborização do pensamento o fenômeno que ocorre devido à perda da direcionalidade, em que o mesmo procura seguir diferentes caminhos, não conseguindo concluir o raciocínio. Pode ocorrer, também, na mania.

A intencionalidade do pensamento está alterada na reverberação, em que determinado tema persiste por longo período de tempo. Na perseveração, a alteração da intencionalidade reflete-se na dificuldade de mudar de um tema para outro, de se desvincular de uma idéia. Assim, os pacientes ficam repetindo diversas vezes a mesma frase ou palavra mesmo que fora de contexto. Estas alterações são comuns em transtornos mentais orgânicos.

Quando há o apego a determinadas idéias que se repetem com redundâncias supérfluas, não havendo distinção entre o essencial referente ao tema e o acessório, estamos diante de um pensamento prolixo. O mesmo apresenta tendência a desviar-se, sem, contudo, perder-se do tema, o pensamento liga-se desproporcionalmente em pormenores. Pode ser conseqüente à falta de capacidade de abstração, à dificuldade de passar de um tema a outro ou, ainda, à necessidade de ilustrar a mesma representação sempre com novos elementos em função de um aprofundamento excessivo. É comum nos quadros orgânicos.

Ao corte brusco no curso habitual das idéias, chama-se bloqueio de pensamento. O paciente vivencia uma parada súbita de seu pensar na ausência de ansiedade e, sem nenhum motivo aparentemente compreensível, interrompe seu discurso, fica em silêncio e não retoma o que estava dizendo. Por exemplo, "Eu gostava muito de nadar, de pescar, subir em árvores". Relata, posteriormente, que não tem pensamentos naquele momento. Quando o indivíduo tem a vivência de terem lhe retirado determinado pensamento, denomina-se roubo do pensamento.

A inserção de pensamento é a vivência de introdução de idéias que não são do próprio indivíduo no curso do pensamento, provocando a sensação de uma ruptura do raciocínio, alheia à vontade do sujeito. Em geral, o paciente refere que tais pensamentos foram colocados em sua mente por radares, telepatia, etc.

O fenômeno no qual o paciente exprime várias idéias com um mínimo de palavras, criando para isto neologismos — palavras inventadas sem significações universalmente aceitas — é chamado de condensação do pensamento. Por exemplo, "biostato sódico fasintrico", "cosmicação" etc. O pensamento paralógico ocorre quando palavras com significados convencionais são usadas em uma nova acepção semântica. Por exemplo, "Eu sou a Grécia" significa "Eu amo a cultura grega".

Na sonorização do pensamento, o paciente descreve que seus pensamentos se repetem fora de sua mente, parecem ressoar alto em sua cabeça (além de seu espaço subjetivo), quase como se alguém próximo a ele pudesse ouvi-los. É comum que o esquizofrênico diga: "Por que me pergunta isto? Você sabe de sobre o que penso, melhor do que eu" (Alonso-Fernández, 1979). Outras vezes, o mesmo vivencia o seu próprio pensamento repetidamente ou em eco, ao que chamamos de eco do pensamento.

A desagregação do pensamento ocorre quando há perda da unidade, da sintaxe e do fluxo do discurso. As idéias perdem a ligação entre si, e o pensamento fica sem nexos, sem sentido. Está fracionado em unidades isoladas, grupos de frases ou fragmentos aparentemente sem sentido entrelaçados de modo casual, incompreensíveis.

Nas formas leves, a sintaxe pode estar preservada, e nas severas, totalmente destruída, chegando ao paragramatismo, um fenômeno característico da esquizofrenia: "Aqui está tudo como sempre esteve. Gosto das maçãs e das rosas, porém Zeus, no caminho das montanhas, disse que os fazedores de espírito

## LANGUAGE

e c  
ca:  
3 v  
ap  
pr  
na  
pe  
ob  
sat  
"ei  
coi  
per  
coi  
imj  
ref  
ma  
ind  
rep  
gos  
tais  
idé  
Os  
e re  
gra  
pro  
Sau  
fale  
con  
pro  
peñ  
e es  
pen  
estu  
pen  
dini  
vag  
da f  
proj  
pen

e os acrobatas sentem a pulsação (...)", "Europa Central e Europa Centrala era Nr. 3258 Ernst Gisler casamento também a chave pelo reverendo Dr. Studer Kaiser D do Titt. Standerbank ppr 96 ou darta postal 3 vvvia Imperial e Real também (...)" (Bleuler, 1985).

O pensamento incoerente é formalmente semelhante à desagregação, as idéias associam-se aparentemente de forma aleatória e sem nexos de sentido. Usamos tal denominação para a alteração presente nos quadros em que há rebaixamento de consciência.

Ambivalência ideativa consiste na coexistência de pensamentos contraditórios no raciocínio e até na mesma frase: "Tenho uma amiga muito honesta que é uma ladra".

Como mencionado anteriormente, o pensamento autista é caracterizado por estar mais influenciado pelas motivações internas do que pela realidade exterior. Segundo Bleuler (1985), seus conteúdos e objetivos são sempre aqueles que mobilizam mais profundamente o nosso mundo interno, levando à satisfação de nossos desejos e anseios mais primitivos. O paciente fica voltado para si mesmo, "ensimesmado". Ocorre nos estados autistas esquizofrênicos, em que há perda total ou parcial do contato com a realidade.

O pensamento prevalente corresponde a idéias supervalorizadas secundariamente à afetividade que persistem por tempo prolongado na mente do indivíduo (p. ex., a pessoa apaixonada que pensa constantemente no amado).

O pensamento obsessivo (ou anancástico, de *ananké* — imposição) é composto de idéias que se impõem involuntariamente e que o indivíduo reconhece como próprias, porém absurdas e irracionais. São referidas como sendo, em geral, muito incômodas e ansiogênicas. Podem aparecer não apenas como idéias, mas também sob a forma de representação ou imagem, vivenciando-as na qualidade de lembrança, indagação, ruminância ou temor. Por exemplo, um paciente que apesar de não ser gnóstico, apresentava repetidamente pensamentos como "Deus é mau", "Deus tem que quebrar sua perna", "Ave-Maria não gosta de Deus", o que lhe gerava muita ansiedade e medo de ser punido, recorrendo a rituais para afastar tais idéias.

Finalmente, chamamos de pensamento empobrecido aquele que possui poucas representações e idéias. O pensamento é simplista, rasteiro, não sendo possível vincular uma reflexão à experiência total. Os vários aspectos de determinada experiência não são vistos de forma crítica.

Os conteúdos do pensamento por si só não caracterizam alteração psicopatológica, mas são típicos e recorrentes em síndromes depressivas as idéias de ruína, culpa, tristeza, e na mania, as idéias alegres, de grandeza e de poder.

## LINGUAGEM

A linguagem é um modo de comunicação que se caracteriza pelo uso de fonemas em combinação produzindo o conjunto de palavras de uma língua, cuja combinação engendra o discurso. O linguísta suíço Saussure, por sua vez, distingue língua — regras sintáticas, semânticas e fonológicas aprendidas por todo falante da fala — ou o discurso que a pessoa realmente diz. A linguagem é, pois, uma manifestação psíquica com uso de regras (língua) e exteriorização sonora através da fala, um fenômeno psicomotor. O discurso produzido reflete o conhecimento do usuário das regras de linguagem e a organização do seu processo de pensamento. A produção discursiva depende de fatores como contexto, motivação, habilidade cognitiva e estado emocional.

O pensamento reflete-se no discurso do paciente, mas não é o mesmo fenômeno. A alteração do pensamento indica anormalidade na ideação, pode ocorrer independentemente do discurso falado e ser estudado sozinho (Kasanin, 1968). No entanto, a constituição da linguagem depende do processo do pensamento para a sua organização e exteriorização. O neuropsicólogo Luria (1979) propõe um modelo dinâmico de formação da linguagem falada: o processo inicia com a constituição do pensamento, ainda vago e subjetivo, com a participação de motivações internas. Aos poucos, forma-se um projeto de elocução da futura enunciação, constituindo uma linguagem interna, pré-verbal. Só após essas etapas ocorre a fala propriamente dita, concreta e objetiva. Na prática clínica, muitas vezes, confunde-se fenômenos de pensamento e linguagem, não sendo realizada tal distinção.

No estudo da linguagem, deixamos de lado as alterações devido a um transtorno neurológico, fonatório-articulatório, como afasia, disartria e dislalia. Como as combinações possíveis numa dada língua são inúmeras, destacamos aqui as alterações de interesse para a Psiquiatria.

Quanto à quantidade de linguagem produzida, falamos que o paciente está em mutismo, quando há abolição total da linguagem falada; e ocorre uma restrição de quantidade de discurso quando há diminuição considerável da verbalização do paciente. Pobreza de discurso ocorre quando não há diminuição de quantidade de discurso, mas o material produzido traz pouca informação. Por outro lado, a quantidade do discurso está aumentada na logorréia, tendo a característica de prolixidade quando a produção discursiva é abundante, supérflua e detalhista, por vezes, tornando-se enfadonha ao ouvinte.

Na avaliação do fluxo e da velocidade do discurso, pode-se observar pacientes que falam rápida e ininterruptamente — aceleração —, ficando difícil interrompê-los, com um débito aumentado das palavras. Esta característica é denominada de pressão de discurso. Em geral, ocorre juntamente com logorréia e aceleração de pensamento (o paciente relata sensação subjetiva de pensamentos abundantes e acelerados). A latência de resposta, ou seja a demora para responder a uma pergunta feita, depende do estado emocional e cognitivo; ocorre em geral em pacientes com lentificação de outras funções psíquicas.

Há situações em que o discurso pode ter repetições variadas, como na perseveração, em que o discurso ou a resposta são recorrentes, de forma involuntária e excessivamente repetitiva; na ecolalia, ocorre uma repetição imitativa da fala de outra pessoa. Quando a repetição é estereotipada e aparentemente sem significado, de palavras ou sentenças, chamamos de verbigeração; na mussitação, o paciente apresenta apenas movimentos automáticos dos lábios, produzindo murmúrio ou som confuso.

O discurso produzido pode se apresentar sob a forma de fuga-de-idéia, em que o discurso salta de um tema ao outro de maneira brusca. Frequentemente, a associação do discurso é feita por assonância, aliteração, rima ou tema. Essa característica ocorre em freqüente associação com pensamento acelerado, logorréia e pressão de discurso. Na associação frouxa, por sua vez, o discurso muda bruscamente de direção de maneira inesperada e incompreensível, gerando sensação bizarra ao ouvinte e chegando à tamanha mistura de palavras e frases que carecem de significado compreensível ou coerência lógica. No agramatismo, a perda de sintaxe frasal é freqüente, mas, por vezes, a desorganização é tão acentuada que torna a fala completamente incompreensível, sintoma que é conhecido por salada de palavras ou esquizofasia.

A coprolalia é a produção involuntária de palavras obscenas ou de baixo calão, comum na síndrome de Gilles de la Tourette. Alguns pacientes se utilizam de neologismos — palavras novas criadas pelo paciente, inexistentes na linguagem habitual, para descrever uma situação inefável.

S. Ganser descreveu, em 1898, quatro casos peculiares de quadro histórico, cuja característica comum é a inabilidade dos pacientes em responder corretamente às perguntas mais simples a eles direcionadas. No entanto, suas respostas indicam que compreenderam, na maioria das vezes, o sentido da questão. Nas suas respostas, eles se traem imediatamente com uma ignorância desconcertante e uma surpreendente falta de conhecimentos que seguramente possuíam ou ainda possuem (Ganser, 1974). Ganser denominou as suas respostas de "*Vorbeireden*" ou *para-resposta*. Transcrevemos, a seguir, um trecho da conversação de um dos seus pacientes:

— "Quanto é dois mais um?" — Três. "Três mais dois?" — Sete. "Cinco mais dois?" — Quatro. "Quanto é quatro menos um?" — Cinco". (Depois, corrige para três). "Em qual cidade estamos?" — "Em Berlim, Rússia". "Quantos dedos você tem?" — Onze". — "Quantas patas tem o cavalo?" — "Três" — "Um elefante?" — "Cinco".

## JUÍZO

Juízo é definido como a capacidade de definir valores ou atributos que damos aos objetos; ele expressa-se através do pensamento. A atribuição de valores é feita através de referenciais pessoais, porém, há um consenso cultural em relação à média. Sua alteração psicopatológica corresponde ao delírio ou idéia delirante primária.

Segundo Karl Jaspers (1985), uma idéia delirante é um juízo falso que possui três características: a) apresenta convicção extrema e certeza subjetiva; b) é irredutível ou incorrigível através da argumentação lógica e c) não há, necessariamente, um conteúdo impossível que esteja em desacordo com a cultura do indivíduo. As características antes descritas constituem o componente formal do delírio, o que faz com que tenham valor diagnóstico.

A vivência delirante primária é o elemento fenomenológico específico e patológico. O paciente passa a achar que há algo novo no ar, no mundo, diferente, estranho e impreciso que é a fonte das significações alteradas. É incompreensível e acarreta uma alteração global da consciência da realidade. Por exemplo, "Tenho certeza absoluta de que marcyanos estão me perseguindo".

Quando um juízo falso se origina compreensivelmente de outras vivências, o denominamos de idéia delirante secundária ou deliróide. Por exemplo, um paciente deprimido diz: "Sou culpado por todo o mal do mundo".

Dependendo da função em que ocorre a alteração, podemos ter representação, cognição, percepção, interpretação, intuição e recordação delirante.

A percepção delirante ocorre quando a percepções reais ("normais") se atribui, sem motivo compreensível, um significado "novo", "diferente". Por exemplo, o paciente vê um gato, e isto significa que irão matá-lo. Segundo Kurt Schneider (1975), a percepção delirante é um "monstro psicopatológico" que se origina da fusão de duas funções: juízo e sensopercepção. É muito característico da esquizofrenia, porém não é patognômico.

O conteúdo do delírio é variado, podendo ser determinado pela cultura e pelo contexto histórico-social do paciente. O conteúdo delirante pode ser moldado, ele não possui valor equivalente às características formais. Por exemplo, um paciente deprimido e religioso pode relatar idéias de pecado, de ofensa a Jesus Cristo, ao passo que um paciente não-religioso pode relatar culpa ou desvalor. Uma paciente inglesa pode achar que ela personifica a rainha Elizabeth, enquanto que um esquizofrênico nordestino brasileiro adota a identidade de Lampião. Hoje em dia, não se encontra mais pacientes que assumem, por exemplo, a personalidade de Napoleão ou Luís XV; geralmente, escolhem uma figura do seu contexto sócio-cultural, tal como Virgem Maria, Jesus Cristo, Sílvio Santos, Xuxa, entre outros.

Os conteúdos delirantes são variados, muitas vezes sendo identificados pelo tema: de perseguição, de grandeza, de ciúme, de controle, de invenção secreta, de referência, etc. Outros conteúdos bizarros também são possíveis.

Quanto à organização do delírio, este pode ser sistematizado ou frouxo. Chamamos de sistema ou elaboração delirante ao trabalho realizado pelo pensamento para organizar sem contradições as percepções reais com os conteúdos delirantes, originando uma rede de argumentações lógicas e compreensíveis sobre as vivências delirantes primárias. O delírio frouxo é aquele em que há pouca sistematização, os temas aparecendo esparsos e desorganizados.

Algumas vezes, um delírio pode ser compartilhado por mais de uma pessoa. Falamos em *folie-à-deux* quando duas pessoas compartilham um delírio ou uma crença inabitual e extravagante. Em alguns casos, também é chamada de psicose induzida, pois uma das pessoas que compartilham o delírio apresenta-se mentalmente transtornada e impôs seu delírio à outra pessoa com quem apresenta relacionamento dependente e íntimo. Por exemplo, uma mulher esquizofrênica relata que está em perigo iminente, pois sua casa sofrerá um bombardeio de radiação cósmica. Ela persuadiu seu esposo do perigo e este tenta retirar todos os móveis de casa para escapar da catástrofe.

Há situações em que um grupamento de pessoas compartilham uma crença inverossímil, para o ponto de vista e a cultura do observador, com convicção extraordinária mesmo sem evidência, impermeável à argumentação (p. ex., a existência de Deus). São idéias formalmente idênticas aos critérios de Jaspers (1985) para delírio; no entanto, são aceitas e compartilhadas num subgrupo cultural ou em pequenas comunidades, seja tribo, seita religiosa, sociedade secreta, ou outra. Considera-se tais situações como crenças subculturais, que devem ser relativizadas quando se examina um paciente de cultura ou subcultura diferente da do observador (Leff, 1988).

## CRÍTICA

Crítica é a capacidade que temos de comparar juízos, de buscar a coerência e identificar as incoerências nos três níveis: interno, do indivíduo em relação ao seu corpo e em relação ao mundo; e realizar o encadeamento de juízos afins objetivando a demonstração de uma verdade.

A crítica pode ser feita por dedução, por indução ou por analogia. Sua psicopatologia pode ser: exaltada, com idéias de auto-acusação e culpa (neuróticos, deprimidos); insuficiente (em oligofrênicos); debilitada (em demenciados); ou suspensa (no rebaixamento de consciência). Em pacientes psicóticos, há freqüentemente uma diminuição ou perda da crítica em relação à própria doença.

## SENSOPERCEPÇÃO

A sensação é um fenômeno psíquico elementar, resultante da ação de estímulo físico (som, calor, luz, etc.) sobre os órgãos do sentido. O processamento de uma sensação depende das seguintes condições: a) a excitação de um órgão sensorial periférico (receptor) pelo estímulo de causa externa; b) a transmissão da excitação através de vias sensitivas ao centro cortical e c) a recepção do estímulo pelo centro cortical.

As sensações constituem o elemento estrutural da percepção, pois refletem propriedades e aspectos dos objetos percebidos, sejam eles internos ou externos. Jaspers (1985) denominou este fenômeno psíquico de "consciência de objeto".

Os objetos apresentam-se à consciência sob a forma de sensopercepção e representação. Ambos podem ter o mesmo conteúdo, mas a qualidade formal dos objetos apresentados possui diferenças importantes (ver Quadro 1). Nas duas categorias, podemos distinguir três elementos comuns: a) o material da sensação, isto é, a cor, o brilho, a luz, etc; b) a ordem espacial e temporal do objeto percebido e c) há um sujeito que percebe a objetivação ou o ato intencional da sensação. A plasticidade, a sensação de corporeidade, a constância, a localização espacial e a possibilidade de ser evocado voluntariamente são características que fornecem a crença de realidade e de objetividade ao sujeito que percebe aquele objeto.

**QUADRO 1. Diferenças formais dos objetos na sensopercepção e na representação**

Sensopercepção	Representação
Corporeidade ou carácter de objetividade.	Natureza de imagem ou carácter de subjetividade.
Aparecem no espaço objetivo externo.	Aparece no espaço subjetivo interno.
Desenho determinado, com detalhes completos.	Desenho indeterminado, com alguns detalhes.
Elementos de sensação são apresentados com todo o frêscor sensorial.	Alguns elementos não são adequados à sensação.
São constantes e facilmente retidos.	São esvoaçantes, esborram-se facilmente e são recriáveis.
São independentes da vontade, não podem ser evocadas, nem modificadas arbitrariamente. São aceitas com sensação de passividade.	Dependem da vontade, são modificáveis e evocadas arbitrariamente. São produzidas com sensação de atividade.

identificar as  
ao mundo; e

gia pode ser:  
ligofrênicos);  
psicóticos, há

o (som, calor,  
es condições:  
a transmissão  
entro cortical.  
des e aspectos  
ste fenômeno

tação. Ambos  
sui diferenças  
a) o material  
cebido e c) há  
a sensação de  
ariamente são  
aquele objeto.

representação

As alterações da sensopercepção e da representação são modificáveis na dependência de outras funções psíquicas, podendo ser quantitativas ou qualitativas. Quanto à intensidade, as sensações podem estar aumentadas — a hiperestesia —, como na histeria e na mania: tudo é bonito, mais colorido, etc. Por vezes, estão diminuídas — a hipoestesia — como nos estados depressivos: o mundo é melancólico, mais escuro, a comida é sem gosto, etc. Em casos específicos de anestesia ou hipalgesia histerica, ocorre insensibilidade total ou diminuição de sensibilidade a estímulos dolorosos.

As alterações qualitativas da sensopercepção e da representação estão presentes em várias síndromes psiquiátricas, não tendo, no entanto, qualquer valor patognomônico quando sozinhas.

Alucinação é uma percepção fenomênica de objetos providos de todas as características de sensopercepção, porém na ausência de estímulo sensorial. Pode ser visual, auditiva, tátil, olfativa, gustativa, cinestésica (realização de movimentos corporais), cenestésica e enteroceptiva.

As características formais de um fenômeno alucinatório, tais como vivacidade, duração, circunstância e crença na realidade, são características associadas e invariantes de doença. As características descritas no Quadro 1 têm maior importância diagnóstica que o conteúdo das alucinações, o qual é determinado por variáveis culturais e individuais (Leff, 1988). A vivacidade da percepção, o nível de alerta, o estado alterado de consciência e a ocorrência simultânea de delírios contribuem para o paciente adquirir convicção da realidade de sua percepção.

Em geral, alucinações auditivas associam-se a quadros esquizofrênicos e alucinações visuais a distúrbios orgânicos (*delirium*, rebaixamento de consciência, etc). No entanto, essa distinção não é regra na prática clínica e necessita melhor estudo clínico. Alucinações não-auditivas são relativamente comuns também em esquizofrenia.

Nos estados de abstinência alcoólica é comum o paciente relatar alucinação visual de pequenos animais (*zoopsia*) como cobra, rato, aranha, formiga no espaço objetivo externo, por vezes, estão presentes figuras humanas de tamanho reduzido (figuras *lilliputianas*).

A alucinação é diferente da pseudo-alucinação, pois esta é um fenômeno intermediário entre sensopercepção e representação. A pseudo-alucinação apresenta duas características de representação: é imaginária e tem caráter subjetivo, aparecendo no espaço subjetivo interno. No entanto, características de corporeidade, plasticidade, constância e passividade de apresentar-se à consciência estão presentes como na sensopercepção. Por exemplo, o paciente relata a presença de vozes localizadas dentro de sua cabeça que cantam insistentemente para ele.

A distinção entre alucinação e pseudo-alucinação não tem qualquer valor diagnóstico ou prognóstico, tampouco elas descrevem subtipos empiricamente distintos de sensopercepção (Berrios, 1985). Há outras descrições menos frequentes de alterações da sensopercepção que requerem melhor investigação de seu valor psicopatológico.

A alucinação extracampina é um tipo de alucinação, descrita inicialmente por Bleuler (1985), geralmente visual, em que o paciente relata presença de objeto fora do seu campo sensorial. Por exemplo, o paciente diz: "Eu vejo um monstro marciano atrás de mim, e ele está querendo me devorar".

A alucinose, descrita inicialmente por Wernicke em 1906, refere-se a alucinações auditivas induzidas pelo álcool; de característica ameaçadora e vívida, ocorre acompanhada de crítica do paciente, com alteração mínima ou nula do nível de consciência. Posteriormente, passou a designar as alucinações provocadas por uma causa orgânica (p. ex., tumor, álcool, etc) e, na maioria das vezes, pode ser criticada pelo paciente (Berrios, 1985). Por exemplo, um alcoólatra crônico em alucinose alcoólica descreve vozes que o insultam.

A autoscopia é um tipo raro de alteração sensoperceptiva em que o paciente descreve alucinação visual do próprio corpo fora dos limites habituais.

Algumas variações da sensopercepção podem ser provocadas por efeito de substâncias psicoativas, pela variação do ciclo sono-vigília, por déficit de atenção ou por estado afetivo. Podem estar presentes em pessoas normais e não são necessariamente patológicas. As alucinações hipnagógicas e hipnopômicas ocorrem na passagem do ciclo sono-vigília. Este tipo de alucinação possui mais qualidades de representação que percepção, e o paciente preserva a crítica sobre a sua irrealidade. Por exemplo, a criança vê o avó falecido na porta do quarto no momento em que está adormecendo.

As ilusões são percepções falsas e deformadas de um objeto real e presente. O indivíduo altera as qualidades do objeto e da sensação percebida. Ocorrem devido à falta de atenção ou secundariamente a envolvimento emocional. Exemplo: à noite, sozinha num bosque, a moça confunde os troncos de uma árvore com figuras de um homem. As pareidolias são ilusões provocadas voluntariamente. Por exemplo, o menino atribui forma concreta de navio de guerra, canhão, aviões, etc., às nuvens que ele observa. Eidetismo é o fenômeno pelo qual se pode voluntariamente “ver” cenas ou objetos na própria mente, como que projetados em uma tela de cinema.

## INTELIGÊNCIA

Para Jaspers (1985), a inteligência é “o conjunto de todas as capacidades, de todos os instrumentos que, em quaisquer realizações, são utilizáveis para adaptação às tarefas vitais e que podem ser empregadas com fim determinado”. É o todo do rendimento. A inteligência consiste, então, na habilidade para pensar e agir racional e logicamente. Na prática, a inteligência é medida por testes de habilidades do indivíduo em resolver problemas e formar conceitos através do uso de palavra, número, símbolo, padrão e material não-verbal.

A capacidade de notação, a memória, o grau de fatigabilidade, os mecanismos motores, o aparelho fonatório, etc., constituem as pré-condições da inteligência. A disfunção dessas capacidades promove deficiências na atividade intelectual, prejudicando a inteligência propriamente dita.

O cabedal mental é a quantidade de conhecimento objetivo que o indivíduo possui. Sua aquisição depende da capacidade de aprendizagem, do meio cultural e do interesse pessoal. A escassez de conhecimento indica que há deficiência de aquisição, seja por fator biológico-congênito (disfunção das pré-condições psicofísicas da inteligência) seja por privação cultural; não necessariamente a pessoa é um deficiente mental. Por outro lado, a abundância de cabedal mental também não é sinônimo de inteligência, pois o acúmulo de conhecimento pode ocorrer apenas pela presença de boa memória. Por exemplo, um paciente oligofrênico recorda todas as datas históricas relevantes, mas, quando lhe perguntam a razão da eclosão da II Guerra Mundial, não consegue ajuizar sobre o assunto.

A inteligência propriamente dita é, então, a capacidade de ajuizar, pensar e dar sentido ao que é essencial. Depende das pré-condições psicofísicas para formar o cabedal mental, e o seu exame geralmente é feito por testes objetivos. O nível intelectual é deduzido a partir do seu cabedal mental, testes mnêmicos, teste de diferença (p. ex., a diferença entre erro e mentira, entre final de semana e feriado, etc.), interpretação de provérbios, testes de cálculos e resolução de problemas matemáticos, entre outros.

O nível intelectual obtido é o reflexo de todos os rendimentos do indivíduo. Determinadas pessoas têm mais habilidade para certos tipos de problema, o que faz com que alguns tenham inteligência prática, enquanto outros apresentam facilidade para teoria, para música, para dança, etc. A inteligência varia quantitativamente: os indivíduos chamados gênios ou superdotados apresentam elevado nível intelectual, enquanto os oligofrênicos ou deficientes mentais têm o nível rebaixado. A variação quantitativa de inteligência não significa necessariamente patologia, pois tanto o gênio como o deficiente podem se adaptar bem e desenvolver-se de maneira estável, dependendo das exigências do meio. Basicamente, em Psiquiatria lidamos com dois tipos de alteração da inteligência.

1. Oligofrenia: o quadro compromete principalmente a inteligência, a deficiência intelectual é herdada ou adquirida precocemente (período fetal, perinatal até a primeira infância).

2. Demência: o quadro clínico de demência acomete pessoas que tiveram desenvolvimento completo e normal da inteligência. A partir de um dado momento, os pacientes passam a apresentar declínio progressivo de capacidade intelectual.

## CONAÇÃO

A conação designa a atividade psíquica de direcionamento para a ação. A vontade ou a volição constituem a vivência correspondente à atividade de direcionar atos voluntários. Jaspers (1985) denomi-

PSICOMO

n  
d  
s  
  
r  
s  
é  
  
i  
r  
a  
d  
d  
  
d  
d  
v  
  
s  
n  
p  
d  
n  
n  
fi  
q  
  
fi  
i  
fi  
  
a  
p  
n  
e  
  
p  
c  
d  
d  
s  
  
o  
n  
e  
p  
  
e

nou esta vivência de consciência do arbítrio, a qual se opõe à vivência de excitação instintiva. A vivência de escolha e decisão define a vontade ou as ações do arbítrio. Quando a vontade está ausente, o instinto se põe em movimento sem obstáculo. Um ato voluntário é reflexivo e tem finalidade.

Na atividade conativa, intervém uma série de processos psíquicos conscientes: a percepção, a representação, as idéias e os sentimentos, os quais determinam a direção e a intensidade da ação. Um ato só é voluntário quando é praticado com previsão e consciência de finalidade, pois o seu ponto de partida é a representação de um fim, determinando modificações sobre si mesmo ou no ambiente.

O ato voluntário possui três fases: deliberação, resolução e execução. A deliberação é o componente intelectual do ato volitivo e constitui uma condição indispensável para a realização do ato conativo. A resolução de executar ou de inibir o ato é a principal característica da atividade voluntária. A execução é a etapa final e consequência lógica da resolução. A natureza e a direção da volição dependem, por sua vez, do conteúdo das representações, mas a sua intensidade se liga à afetividade. A energia de atos voluntários depende da intensidade dos sentimentos.

Nos atos cotidianos se misturam atos voluntários, com elementos reflexivos automáticos e instintivos, difíceis de serem discriminados entre si. A repetição freqüente de um ato volitivo (p. ex., a habilidade manual de escrever, datilografar, o manuseio de talheres, etc.) pode transformá-lo em ato automático. Assim, muitas vezes, agimos, pensamos e sentimos de maneira automática, sem participação da deliberação ou reflexão.

A hipobulia apresenta-se em pacientes que se queixam de completa impotência de vontade, com sentimento de passividade e abandono. Há falta de impulso volitivo capaz de transformar-se em movimento corpóreo e realização de atos. Tais pacientes também têm incapacidade no controle de pensamento e de suas representações, passando a se queixar de preocupação excessiva e de incapacidade de concentrar-se para o trabalho. Os seus pensamentos escapam-lhes enquanto outros se intrometem de maneira inadequada. Sentem-se sonolentos, dispersivos e desanimados. No entanto, a capacidade mecânica é preservada e facilmente realizada, fato que distingue os hipobúlicos do estado de cansaço. A falta de motivação, de interesse e de prazer é tema comum dos hipobúlicos, podendo também expandir a queixa para a incapacidade de decisão ou tomar resoluções práticas.

Ao contrário dos hipobúlicos, os pacientes hiperbúlicos experimentam sentimento gigantesco de forças, em que qualquer estímulo se constitui numa motivação. Eles podem tudo, possuem ações e influências intensas, sentem-se fisicamente fortes, os pensamentos vêm em turbilhão e aparecem com facilidade e clareza nunca vivenciadas.

A hiperbulia e a hipobulia constituem as alterações quantitativas da conação; por outro lado, as alterações qualitativas são o negativismo e a sugestionabilidade. O primeiro é uma tendência geral, permanente e instintiva do paciente a reagir contra toda solicitação do mundo externo, seja qual for a sua natureza, ao passo que na sugestionabilidade volitiva há uma tendência a adotar qualquer solicitação externa, independente de sua natureza, os atos sendo realizados de forma automática.

A sugestionabilidade é basicamente volitiva; no entanto, pode se expandir para outras funções psíquicas. Essa alteração pode ocorrer tanto pelo domínio de fatos interiores, a auto-sugestionabilidade, como em relação ao mundo externo, a heterossugestionabilidade. Tal sugestionabilidade ocorre em diversos estados psiquiátricos, associados a transtornos de memória, estreitamento ou diminuição do nível de consciência. Por exemplo, ao alcoolista em *delirium tremens* pode-se sugerir facilmente que ele está segurando linha, ou levá-lo a falar através da sugestão.

O paciente negativista tende a resistir contra as influências externas, principalmente em relação às ordens transmitidas a ele, mas também aos movimentos que procuram imprimir aos seus músculos. O negativismo pode ser passivo ou ativo. Por exemplo, o paciente não reage à ordem solicitada e permanece em mutismo total frente à pergunta feita (passivo), ou, então, reage contrariamente à ordem, fornecendo para-respostas às questões perguntadas (ativo).

## PSICOMOTRICIDADE

Todo evento psíquico termina em fenômenos motores, a psicomotricidade sendo a exteriorização e o resultado da elaboração interna dos estímulos. A neurologia procura conhecer as perturbações da

íduo altera as  
dariamente a  
ncos de uma  
Por exemplo,  
ele observa.  
mente, como

instrumentos  
r empregadas  
le para pensar  
do indivíduo  
rão e material

es, o aparelho  
des promove

Sua aquisição  
escassez de  
disfunção das  
a pessoa é um  
e inteligência,  
exemplo, um  
am a razão da

tido ao que é  
ne geralmente  
es mnêmicos,  
feriado, etc.),  
tre outros.

nadas pessoas  
gência prática,  
ligência varia  
vel intelectual,  
uantitativa de  
nte podem se  
sicamente, em

ia intelectual é

envolvimento  
a a apresentar

e ou a volição  
(1985) denomi-

motricidade do ponto de vista do mecanismo motor, cuja ocorrência independe de qualquer anomalia psíquica. No entanto, na Psiquiatria estudamos a vida psíquica do paciente, cuja consequência se manifesta nos movimentos visíveis. A psicomotricidade é, portanto, a capacidade de projetar o modelo psíquico consciente ou inconsciente para a ação, responsável pela discriminação dos movimentos a serem realizados em determinada tarefa. Segundo Jaspers (1985), é um rendimento psíquico, pois reflete a passagem da vontade para a ação.

De maneira geral, fazem parte da psicomotricidade as atitudes, a maneira de se comportar, as posturas e a produção verbal do paciente. A classificação dos transtornos da psicomotricidade é difícil, pois alguns sintomas, como coréia e parkinsonismo, são considerados de origem puramente neurológica. Sintomas como ecolalia, coprolalia, verbigeração e mussitação fazem parte da produção verbal, já tendo sido descritos na seção sobre linguagem. As alterações comuns da psicomotricidade são descritas didaticamente, a seguir, de acordo com os seguintes grupos: acinéticos ou hipocinéticos, hipercinéticos, repetitivos e associados à sugestibilidade.

A movimentação global aumentada, ou hipercinesia, aparece em quadros que compreendem desde irritabilidade, inquietude leve, excitação até agitação psicomotora. A psicomotricidade está diminuída em lentificação, inibição psicomotora, flexibilidade cérea, estupor e catalepsia. A hipocinesia, ou diminuição de movimentos, está presente na lentificação e inibição psicomotora. Toda a psicomotricidade é executada de forma vagarosa, o paciente relata incapacidade de cumprir tarefas simples. Na flexibilidade cérea ocorre a manutenção de postura ou atitude física de acordo com a modificação da ação externa, de modo que o paciente permanece na posição em que é colocado, como um boneco de cera. O estado de rigidez cérea dos músculos, como em flexibilidade cérea, é chamado também de catalepsia, podendo chegar ao extremo de acinesia ou estupor, em que ocorre a ausência total de movimento voluntário.

Associado à sugestibilidade o paciente pode apresentar ecopraxia, a repetição imitativa do movimento, gesto ou postura de outra pessoa; ou ecolalia, que é a repetição imitativa do discurso também de outra pessoa. O negativismo e obediência automática já foram descritos na seção anterior sobre Conação.

A estereotipia é a repetição de um movimento complexo de maneira constante, quase mecânica e desprovida de finalidade. O tique designa, por sua vez, o movimento de um grupamento muscular de maneira súbita e involuntária, geralmente estando associado à coprolalia na síndrome de Gilles de la Tourette.

O maneirismo é uma ação motora com finalidade particular, repetida de forma não-usual e modificada. Isso irá refletir em movimentos habituais do paciente, tal como a maneira não-usual de apertar as mãos como se estivesse agradecendo alguém, a maneira peculiar de postura, a escrita, o modo de vestir-se, de pentear cabelo, o uso de expressões estranhas, etc. A expressão "bizarria" é usada, às vezes, como correspondente a maneirismo. Por exemplo, um paciente que costuma manter postura ereta, com olhar altivo e um dos braços no tórax porque acha que incorporou Napoleão.

## IMPULSIVIDADE

A impulsividade é uma atividade primária e espontânea do psiquismo que deflagra as demais, é o "élan vital", tônus ou energia vital. Apresenta-se direcionada pela intervenção de filtros conscientes e inconscientes, que são geralmente inibitórios e que provêm dos valores que constituem a nossa moral. Costuma-se distinguir três níveis de vivência de impulsividade.

1. Impulso primário: são vivências sem conteúdo nem direção.
2. Instinto natural: persegue inconscientemente um fim. Em geral, as ações instintivas se descarregam simplesmente, sem conflito ou decisão (vontade), mas sob o controle velado da personalidade ( p. ex., a fome e a sede servem-se à sobrevivência do indivíduo; o instinto sexual presta-se à perpetuação da espécie).
3. Atos de vontade: aqui, a vontade aparece em dualidade e oposição à impulsividade e, portanto, os atos ocorrem com representação consciente do fim, com conhecimento de meio e consequências.

Mar  
algu  
entr  
indi  
pat  
qua  
psic  
vir

açõ  
sob  
gra

se  
per  
fác  
de

## AFETIVIDADE

cor  
val  
po

Im  
dif

sul  
O  
sul

aco  
Nc  
etc  
pe  
há  
pe

re:  
ex  
de

in:  
es  
af  
sit

le:

As ações impulsivas são, então, aquelas que não são e não podem ser contidas ou controladas. Manifestam-se como atos isolados, súbitos, involuntários e desprovidos de finalidade. Aparecem, algumas vezes, como verdadeiras explosões emocionais, acompanhadas de riso e lágrima; outras vezes, entretanto, podem apresentar-se como impetuosidades, rapidez e falta de consideração para com o próprio indivíduo ou para com os demais. Muitas das nossas ações na vida diária são instintivas, sem serem patológicas, pois são anormais apenas quando não podem ser compreendidas pela empatia, mediante a qual podem ser reprimidas ou controladas. A liberação anormal de impulsividade ocorre nos estados psicóticos agudos, nas síndromes mentais orgânicas agudas e crônicas e nas personalidades em desenvolvimento.

Os pacientes impulsivos ou hiperestênicos são aqueles em que a impulsividade determina suas ações, o seu sistema de filtro é frouxo (sistema de inibições) e não conseguem exercer controle adequado sobre os seus atos. Por exemplo, um paciente oligofrênico espanca um menino até produzir ferimentos graves e sangrantes, embora depois seja capaz de reconhecer a inadequação de seu comportamento.

Os pacientes astênicos, por sua vez, apresentam-se com rebaixamento da impulsividade. Queixam-se de improdutividade psíquica, incapacidade de concentração, além de distanciamento do mundo perceptivo e de suas atividades reais. Noutras situações, os pacientes apresentam queixas físicas vagas e fácil fatigabilidade, dirigindo a atenção para o corpo e seu desempenho físico. Muitas vezes, a vivência de inibição subjetiva não corresponde à inibição objetiva verificável.

## AFETIVIDADE

A afetividade é uma atividade do psiquismo que constitui a vida emocional do ser humano. É contínua no tempo, pois não se pode deixar de sentir afetos. Os atributos da afetividade são: a) apresenta valorização polar (amor e ódio, alegria e tristeza, etc.); b) é subjetiva e c) é atemática, pois não tem objeto, podendo um indivíduo sentir alegria por motivos completamente diferentes de outros.

A afetividade tem conteúdo e forma. Os sentimentos e as emoções constituem o seu conteúdo. Importa-se, sobretudo, no exame psiquiátrico, com a forma da afetividade, pois os conteúdos podem ser diferentes para cada indivíduo.

O sentimento é a reação, positiva ou negativa, a alguma experiência, seja ela uma representação subjetiva interna ou um estímulo externo. São estados do "eu" e não podem ser controlados pela vontade. O sentimento é uma reação predominantemente psíquica, podendo ser visto como uma experiência subjetiva da emoção (p. ex., ansiedade, amor, alegria, insegurança, etc.).

As emoções são estados afetivos intensos e complexos, decorrentes de alterações fisiológicas que acontecem como resposta a algum evento e que tendem a se manter ou abolir o evento causal. Normalmente, as emoções acompanham-se de reações neurovegetativas (motoras, secretoras, vasomotoras, etc.). São uma reação mista, ao mesmo tempo psíquica e orgânica. Por exemplo, frente a uma situação de perigo intenso, um indivíduo fica com medo, torna-se pálido e taquicárdico. É importante notar que não há um padrão específico de alteração fisiológica para cada emoção vivenciada, pois a emoção é designada pelo conteúdo da consciência que eliciu a alteração fisiológica.

Um afeto é constituído por ondas de emoções no qual há exacerbação súbita da emoção como resposta a algum evento. Ele pode ser conceituado a partir de metáforas ou descrição da vivência. Por exemplo, a insegurança corresponde à vivência de incerteza; o medo é o afeto correspondente à vivência de ameaça.

Distinguem-se, basicamente, cinco características formais da afetividade.

1. Estabilidade afetiva: o estado afetivo é mantido por inércia, sem grandes variações, independente de estímulos menores. É necessário um estímulo significativo para provocar alteração na estabilidade. Quando o indivíduo reage com mudança afetiva a estímulos pouco significativos, sua inércia afetiva é menor e dizemos que há uma instabilidade afetiva. Por exemplo, o indivíduo ri e chora às mínimas situações relatadas sobre o jantar que teve.

2. Modulação afetiva: é uma tendência afetiva de mudar de um estado afetivo a outro de forma lenta e gradual. Quando surge uma emoção, a alteração é abrupta, mas o retorno à estabilidade é gradual.

Quando há perda ou diminuição da modulação afetiva, o afeto evolui por saltos, sem vínculos entre um estado e outro. Chamamos esta alteração de labilidade afetiva. Por exemplo, numa reunião amistosa, o indivíduo muda bruscamente o seu humor antes ameno. A labilidade ocorre de maneira normal durante o desenvolvimento da criança (p. ex., chora e faz birra quando é frustrada, logo sorri e beija a mãe, quando esta lhe oferece doce.

Freqüentemente se observa em alguns pacientes uma diminuição da mobilidade da afetividade. Alguns autores falam em apatia ou indiferença afetiva. Bleuler (1985) descreve casos de esquizofrenia com embotamento afetivo, como derrocada completa da afetividade.

3. Tônus afetivo: é a intensidade de resposta afetiva de um indivíduo esperada num determinado momento e contexto vivencial. Diminuição ou aumento de tônus afetivo são as alterações possíveis. Por exemplo, o paciente fala em voz alta, fica inquieto, sobressaltado, gesticula muito (aumento de tônus afetivo); ou quando o paciente responde laconicamente pouco afetado pelas perguntas sobre a sua vida pessoal e profissional (diminuição de tônus afetivo).

4. Ressonância afetiva: é a tendência psíquica de responder a um afeto com o mesmo afeto. Capacidade de vibrar e compartilhar o mesmo afeto com o outro. Por exemplo, uma canção triste faz a platéia chorar.

5. Coerência afetiva: o afeto tende a acompanhar a vivência que o despertou. Quando não há correspondência do afeto com a vivência, falamos em dissociação ideo-afetiva. Por exemplo, o paciente relata a morte do filho com alegria, apesar de gostar dele. Outras vezes, usa-se a expressão *belle indifférence* para designar estados em que a afetividade se apresenta dissociada e indiferente do conteúdo do afeto.

Alguns pacientes esquizofrênicos vivenciam dois afetos contraditórios ao mesmo tempo, o que é conhecido como ambivalência afetiva. Por exemplo, a paciente sofre porque ama e odeia a sua professora.

O *humor* é o estado de disposição básica da afetividade, que oscila entre os pólos da tristeza e da alegria. É a somatória dos sentimentos presentes na consciência em dado momento. O indivíduo está sempre envolvido com uma tendência afetiva, não sendo possível ficar neutro. É a tonalidade afetiva que acompanha os processos psíquicos, dando colorido à cognição, as percepções, às representações, aos conceitos, etc.

Psicopatologicamente, há uma tendência de nos posicionarmos num dos dois pólos afetivos de forma mais intensa. No pólo expansivo, ou em elação, há uma superficialização dos afetos, o indivíduo está otimista, apresenta ressonância ao prazer, à onipotência, com vivências de vitalidade, sucesso, ganho, etc. Há uma hipertímia ou euforia, com ânimo elevado, podendo chegar à exaltação ou irritabilidade. Em contrapartida, no pólo depressivo os afetos são profundos, há tendência ao pessimismo, a ressonância afetiva é com o desprazer. Há sentimentos de impotência, insuficiência, menos-valia; as vivências ligam-se geralmente aos temas de morte, perda, culpa, insucesso, etc. Normalmente, observa-se uma diminuição do ânimo, que é acompanhada por inibição psico-motora e lentificação global. Não há prazer em nada, a linguagem é pobre, monótona e arrastada.

## PROSPECÇÃO

A prospecção de um indivíduo em relação ao seu futuro nos fornece a idéia de como ele se projeta em relação a certo evento vindouro na continuidade do espaço e tempo. O ser humano sadio necessariamente apresenta boa prospecção, realizando projetos existenciais.

O paciente descreve, então, a sua idéia acerca do funcionamento de suas funções psíquicas, como ele as organiza na sua existência e no porvir. Há um direcionamento ao futuro, a partir do conhecimento de seu funcionamento presente. A prospecção pode estar distorcida e prejudicada pela afetividade ou deterioração do conjunto de outras funções psíquicas. Por exemplo, um paciente em condições de alta, ainda deprimido, não sabe dizer como passará o seu dia, não quer retornar às suas atividades cotidianas ou continuar morando com a esposa. Apresenta-se sem esperança para tudo e nenhuma perspectiva para o seu futuro. Dizemos que o paciente está com a prospecção prejudicada.

PRAGM

TIPOS

## PRAGMATISMO

O pragmatismo não é uma função psíquica, porém fornece uma medida do funcionamento conjunto das funções presentes. A idéia total que conseguimos obter de um indivíduo é a somatória das idéias das suas funções psíquicas e de todos os efeitos imagináveis e práticos. Desse modo, o pragmatismo mostra como o paciente se faz usuário de condições inerentes ao seu ser: funções psíquicas capazes de levá-lo à ação, realizando algo que lhe seja útil, traga satisfação ou êxito. O pragmatismo mede, pois, o grau de eficácia atingido das funções psíquicas no seu conjunto. Por exemplo, um paciente passa o dia trancado no quarto, isolado e deitado. Descuida da aparência e higiene pessoal, não conseguindo sequer realizar tarefas como vestir-se ou arrumar o seu quarto. O seu pragmatismo está prejudicado, pois ele não consegue produzir nenhum comportamento útil ou eficaz.

## TIPOS DE ADOECER OU ACONTECER PATOLÓGICO

Na segunda parte do livro *Psicopatologia Geral*, Jaspers (1985) desenvolve, na esteira das idéias de W. Dilthey, a Psicologia compreensiva e a explicativa. Dilthey (1833-1911), um sociólogo alemão influenciado pelas idéias de Max Weber, entende que muitas ações humanas não podem simplesmente ser explicadas como resultados de causa e efeito, mas devem ser compreendidas como algo carregado de sentido dentro do seu contexto biográfico-histórico. Para este autor, "compreendemos a mente humana e explicamos a natureza".

A compreensão consiste em descobrir os nexos de sentido existentes na vida psíquica de um enfermo. Tais nexos possuem três características referenciais: os fatos psicopatológicos apresentam uma continuidade histórica entre si, há uma unidade de sentido biográfico entre eles e a motivação particular vincula-se ao restante dos fenômenos psíquicos atuais. O ato de compreender é totalmente intuitivo; portanto, a compreensão psicológica só é dotada de valor quando possui força de convicção para os outros também.

A explicação é a via para descobrir as correspondências empíricas entre os fenômenos psíquicos e os corporais, é a busca de vínculo de causalidade somatopsíquica. Este método tem como objeto o conhecimento exato da identidade da causa somática que determinou o aparecimento da alteração psicopatológica. A busca do vínculo somatopsíquico ocorre através de exame de aspectos quantitativos e qualitativos alterados do estado somático e psíquico no curso do adoecer e a sua relação cronológica.

Para determinar uma causa somática provocando fenômeno psicopatológico, três condições são imperativas para estabelecer onexo causal: a) a psicopatologia corresponde à causa somática produtora da alteração; b) a entidade somática é capaz de provocar a alteração psíquica e, c) o quadro somático iniciou antes da alteração psíquica. No entanto, a simples ocorrência concomitante de alteração somática e psiquiátrica não autoriza explicar o transtorno como causado pelo quadro somático. Há necessidade de preencher as condições antes explicitadas.

Explicar e compreender são métodos contrapostos, mas não incompatíveis entre si e devem ser utilizados em todos os casos. Porém, com a distinção anterior, comenta Alonso-Fernández (1972), Jaspers inaugura na Psiquiatria critérios dualistas com dilemas indissolúveis. Os dilemas são: a) metodológico — a partir da distinção entre explicar e compreender; b) psicopatológico — entre a forma e o conteúdo; c) nosográfico — entre enfermidade e variação da normalidade; e, finalmente, d) terapêutico — entre Somatoterapia e Psicoterapia.

Decorrente dessas dualidades, Jaspers distingue três modos de adoecer em enfermidades mentais: processo, desenvolvimento e reação.

O processo, termo emprestado da Medicina Interna, é definido como uma ruptura da continuidade biográfica compreensível. Pode ser explicado através da correspondência somatopsíquica; a sua causa pode ser conhecida — como nos transtornos mentais orgânicos — ou desconhecida — na esquizofrenia e no transtorno de humor.

O desenvolvimento, por sua vez, possui a característica de manter continuidade biográfica com a vida que um indivíduo desenvolveu patologicamente, sendo possível compreender os motivos do adoecer.

E a reação é a resposta emocional e patológica frente a uma vivência, motivada por um sentido, também compreensível empaticamente.

De acordo com a evolução temporal, os quadros psiquiátricos são classificados em agudos ou crônicos. As alterações agudas são as fases, as reações, os episódios, as crises, os acessos, os brotos ou os surtos. Os transtornos persistentes ou crônicos constituem os processos e os desenvolvimentos.

A reversibilidade de um quadro psiquiátrico, isto é, o retorno à normalidade pré-mórbida de um paciente que veio a adoecer, depende basicamente do modo de início e da causa subjacente. Em geral, um quadro clínico de evolução e início crônicos é mais difícil de ser revertido do que os quadros agudos. É possível, também, que quadros agudos se tornem crônicos e irreversíveis, sem que se possa dizer o mesmo em relação ao contrário. Por exemplo, embora um surto possa evoluir para cronicidade, o processo e desenvolvimento apresentam evolução indefinida ou irreversível. Os quadros processuais podem ser reversíveis, total ou parcialmente, desde que a causa somática subjacente possa ser eliminada. Geralmente, os quadros reativos são considerados reversíveis.

O uso adequado do método fenomenológico para exame do paciente, aliado com os critérios de compreensibilidade da enfermidade, formam o passo inicial do trabalho clínico. Em suma, o método fenomenológico é utilizado no sentido de apreender o estado mental do paciente no momento do exame; e pelo estudo da biografia, do modo de adoecer, dos eventos precipitantes e da doença somática associada tentamos estabelecer as conexões do desenvolvimento da doença.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beauchesne, H. *História da Psicopatologia*. São Paulo, Martins Fontes, 1989.
- Berrios, G.E. Hallucinosi. In: Vinken, P.J.; Bruyn, G.W.; Klawans, H.L. (eds.). *Handbook of Clinical Neurology: Neurobehavioural Disorders*. Revised series 2. v.46. Cap. 31. Amsterdam, Elsevier Science Publishers, 1985. pp.561-572.
- Bleuler, E. *Psiquiatria*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara-Koogan, 1985.
- Ey, H.; Bernard, P.; Brisset, C. *Manual de Psiquiatria*. São Paulo, Editora Masson, 1978.
- Fernández, F.A. *Fundamentos de la Psiquiatria Actual*. Madrid, Editorial Paz Montalvo, 1972.
- Ganser, S. A Peculiar Hysterical State (1898). In: Hirsch, S.R., Shepherd, M. (eds.). *Themes and Variations in European Psychiatry: an Anthology*. Bristol, John Wright & Sons Ltda, 1974.
- Hamilton, M. (ed.). *Fish's Clinical Psychopathology: Signs and Symptoms in Psychiatry*. Bristol, John Wright & Sons Ltda, 1985.
- Jaspers, K. *Psicopatologia Geral*. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1985.
- Kasanin, J.S. *Lenguaje y Pensamiento en la Esquizofrenia*. Buenos Aires, Hormé-Paidós, 1968.
- Leff, J. *Psychiatry around the Globe: a Transcultural View*. London, Gaskell, 1988.
- Luria, A. *Curso de Psicologia Geral: Linguagem e Pensamento*. v.4. Rio de Janeiro, Civilização brasileira, 1979.
- Mayer-Gross, W.; Slater, S.; Roth, M. *Psiquiatria Clínica*. São Paulo, Ed. Mestre Jou, 1969.
- Müller, C. *Lexicon der Psychiatrie*. Berlim, Spring Verlag, 1986.
- Paim, I. *Curso de Psicopatologia*. São Paulo, E.P.U., 1982.
- Schmidt, G. A Review of the German Literature on Delusion between 1914 and 1939. In: Cutting, J.; Shepherd, M. (eds.). *The Clinical Roots of the Schizophrenia Concept*. Cambridge, University Press, 1987.
- Schneider, K. *Psicopatologia Clínica*. São Paulo, Editora Mestre Jou, 1978.
- Sonenreich, C.; Bassit, W. *O Conceito de Psicopatologia*. São Paulo, Editora Manole, 1979.

A ENTREVI:

ade  
ent  
nec

est:  
des  
o ir

ma:  
fatc  
revi  
vita

do e  
con

grac  
obje  
exar

cons