

Capítulo 2

EXAME PSÍQUICO

Aline Gaeta
Eloy Ottoni
Thiago Reginato

INTRODUÇÃO

A avaliação de um paciente, na medicina como um todo, se faz pela associação de uma entrevista estruturada, que recebe o nome de anamnese, com o exame físico, tentativa de buscar dados objetivos que corroborem as hipóteses diagnósticas aventadas durante a entrevista. O objetivo final dessa prática consiste em concluir, se não um diagnóstico etiológico, ao menos alguma entidade sindrômica que abarque as alterações encontradas no paciente. Caso isso não ocorra de prontidão, pode-se valer de uma propedêutica armada (exames laboratoriais, de imagem) para chegar-se a esse fim.

Na psiquiatria, a anamnese, conhecida por entrevista psiquiátrica, assim como o exame psíquico compõem os principais instrumentos diagnósticos do avaliador. Os exames da propedêutica armada não ganham tanta relevância como para outras especialidades, visto que estes não costumam ser muito conclusivos ou úteis, a não ser pelo fato de excluir causas orgânicas. Assim, a entrevista e o exame psíquico ganham extrema importância no cotidiano do exercício da psiquiatria.

A entrevista psiquiátrica deve ser bastante estruturada e treinada pelos psiquiatras, a fim de se tornar um elemento relevante na busca de um eventual diagnóstico psiquiátrico, será mote de outro capítulo deste livro.

Antes de se falar em exame psíquico, todavia, devem-se contemplar alguns conceitos importantes. O primeiro deles é a definição de psicopatologia. Muitas são as definições possíveis. Aqui contemplaremos a seguinte: ciência do conhecimento que tem como base de interesses os fenômenos psíquicos expressados, comunicáveis e dotados de algum significado, os quais são acessados pelo aparelho psíquico do próprio psicopatologista. Isso possibilita a apreensão e o processamento da experiência psíquica de outrem, atribuindo-lhe significado.

A psicopatologia, estudada por Jaspers (1913) e outros autores, abrange o acesso aos fenômenos psíquicos do indivíduo por meio de diversos métodos, como biografia, fenomenologia, psicologia compreensiva e psicologia explicativa. Seu estudo constitui

o refinamento necessário para o entendimento e contextualização dos sintomas e dos achados do exame psíquico.

Outro ponto a ser explanado de antemão é a definição de forma e conteúdo dos sintomas psíquicos. A forma compreende uma entidade mais estruturada e rígida, a qual comporá a principal diretriz para a contextualização do sintoma, tornando-se sua caracterização a preocupação primária do avaliador. Já o conteúdo está mais ligado à biografia do indivíduo, bem como ao seu universo cultural, apresentando-se de forma mais flexível e variada. Assim, a forma acaba por designar o modo de existir dos conteúdos.

Neste capítulo trataremos de expor as principais funções psíquicas, bem como suas alterações, a serem avaliadas durante a realização do exame psíquico. Este se define como o exame estruturado do estado mental atual do paciente, o que permite o acesso às funções psíquicas, que se inicia desde o começo da avaliação, seja pela observação direta do indivíduo, seja por meio de perguntas dirigidas a ele. O exame psíquico requer um rebuscamento do olhar do psiquiatra para as eventuais pequenas nuances de tais funções, que possam ser manifestações dos mais diversos transtornos psiquiátricos.

APRESENTAÇÃO

Deve-se observar: o aspecto geral e auto-cuidados (condições de higiene, cabelo, barba, vestuário), fâcies (melancólica, inexpressiva, preocupada), olhar (fixo, fugidivo), mímica, postura (altiva, retraída), contato e atitude durante a entrevista (hostilidade, colaboração, sedução, desconfiança).

CONSCIÊNCIA

É uma entidade estrutural que condiciona o viver, integrando os fenômenos psíquicos e permitindo a interação do indivíduo com o meio ambiente. Possui dimensão quantitativa (nível de consciência) e qualitativa.

O nível de consciência pode estar preservado (vigil), aumentado (hipervigil) ou diminuído. No rebaixamento do nível de consciência pode ocorrer estados de obnubilação (da sonolência ao torpor), de coma (ausência de qualquer indício de consciência), confusional (obnubilação associada à alteração do juízo ou sensopercepção).

No delírium há rebaixamento associado à flutuação do nível de consciência, desorientação temporoespacial, dificuldade de concentração, alucinações ou ilusões.

Nas alterações qualitativas há variação na amplitude do campo de consciência sem ocorrer necessariamente prejuízo do nível de consciência. Nos estados crepusculares há uma perda do elo com o ambiente como se estivessem psiquicamente ausentes, porém com a preservação da atividade motora coordenada (permitindo até a interação com o meio). Podem ocorrer em síndromes mentais orgânicas (epilepsia, intoxicações) ou nos estados dissociativos histéricos.

A consciência do eu é o componente reflexivo da consciência e tem quatro características. A unidade do eu reflete a consciência de que o indivíduo é um ser único e indivisível (pode estar alterada em delírios em que o indivíduo acredita que há outra(s) pessoa(s) coexistindo dentro dele). A atividade do eu refere-se à consciência de que nós mesmos realizamos nossas próprias ações e pode estar alterada em delírios de influência (“eles tem um aparelho que controla meus pensamentos e meus movimentos”). A identidade do eu refere-se à consciência de que sempre foi a mesma pessoa (“Sou Lampião desde o ano passado, antes era outra pessoa”). A oposição ao mundo externo relaciona-se à capacidade de delimitar-se do ambiente circundante, na sua alteração ocorre perda do limite entre o indivíduo e os objetos exteriores assim pode ocorrer compartilhamento ou irradiação de pensamento; objetos podem tornar-se parte do indivíduo (“essa cadeira faz parte do meu ser”).

ORIENTAÇÃO

É a capacidade de situar-se em relação a si e ao mundo no tempo e no espaço. Está subordinada a outras funções, só é possível estar orientado quando a atenção e a memória estão íntegras. A orientação alopsíquica relaciona-se ao tempo e ao espaço (dia, mês, hora aproximada) e a orientação autopsíquica em relação a si mesmo (nome, idade, profissão).

ATENÇÃO

É a capacidade de direcionar a consciência. Divide-se basicamente em atenção espontânea e atenção voluntária. Esta requer esforço ativo e intencional do indivíduo, enquanto aquela é passiva e movida pelo interesse momentâneo.

Tenacidade é a capacidade de manter a atenção dirigida continuamente e vigilância é a capacidade de voltar-se para objetos novos. O interesse e o pensamento direcionam a atenção.

A distração ou pseudohipoprosexia é o déficit apenas aparente da atenção, com aumento do componente voluntário e diminuição do espontâneo. É o caso dos indivíduos muito concentrados em determinado conteúdo psíquico, por exemplo, quando estamos lendo um livro interessante e não notamos tanto o ambiente ao nosso redor.

Já na distraibilidade a atenção espontânea está aumentada e a voluntária diminuída, ocorrendo em quadros maníacos. A atenção do indivíduo acaba sendo desviada facilmente de um objeto para outro, distraindo-se com qualquer estímulo do ambiente. Portanto há um aumento da vigilância e diminuição da tenacidade.

A diminuição global da atenção ou hipoprosexia é uma alteração comum e inespecífica. Pode ocorrer por falta de interesse (deprimidos, esquizofrenia), por deterioração cognitiva (demências avançadas) ou por alteração do nível de consciência (delírium hipoativo).

MEMÓRIA

A memória é a função psíquica responsável por registrar, fixar e reproduzir informações apreendidas pelos sistemas sensoriais. Devido a estas funções ela pode ser

dividida em capacidade de fixação, ou apreensão de novas informações e capacidade de evocação, ou rememoração e reprodução de uma informação já armazenada.

Como possuímos diversas vias sensoriais, sejam elas físicas ou afetivas, de maneira geral as recordações e os aprendizados aparecem de forma complexa, como um bloco de memórias associadas entre si. Desta maneira é importante salientar que para que uma informação seja adequadamente armazenada é necessário que, além dos sistemas sensoriais preservados, a atenção, a capacidade de aprendizagem e a motivação ou interesse do indivíduo estejam funcionantes e direcionados.

Este armazenamento e rememoração em bloco justificam certo padrão de esquecimento das informações, ou seja, uma alteração quantitativa da memória, uma amnésia ou hipomnésia. A memória é perdida na ordem inversa a que é adquirida. A isto se dá o nome de Lei da regressão mnêmica, ou Lei de Ribot. Primeiramente o indivíduo perde os conteúdos mais neutros afetivamente, mais estranhos, mais complexos e mais recentes; mais tardiamente os conteúdos mais afetivos, familiares, costumeiros, mais simples e antigos.

É importante salientar que este padrão é mais seguido nas perdas de memória de causas orgânicas, como traumas cranioencefálicos ou tumores cerebrais. Quando a amnésia/hipomnésia tem origem psicológica, como em histerias e distúrbios afetivos, ela pode não seguir esta regra, ocasionando esquecimentos mais focalizados em eventos afetivamente significativos ou simbólicos, ou seja, mais seletivos em comparação à amnésia orgânica.

Além disso, as amnésias podem ser divididas em anterógradas, ou a incapacidade de lembrar informações adquiridas após o evento lesivo ao cérebro, ou retrógrada, referindo-se a incapacidade de reaver informações anteriores ao evento. É comum que em traumas ocorra uma amnésia combinada, retroanterógrada.

Em oposição às amnésias existem as hipermnésias, que são evocações de elementos mnêmicos de forma acelerada, imprecisa e em grande número. Por suas características referem-se muito mais a um aceleração global do psiquismo do que a uma alteração pura de memória.

Em relação às alterações qualitativas da memória, ou paramnésias, existe não um bloqueio e sim uma deformação da evocação de informações já fixadas. As fabulações são lembranças isoladas ou criações mnêmicas utilizadas para preencher lacunas de memória geradas por um déficit de fixação. Comum na síndrome de Korsakoff (por alcoolismo crônico com deficiência de vitamina B1; encefalite herpética; etc.) que, por não conseguirem adquirir novas informações, inconscientemente preenchem o vazio sem se dar conta de que está fantasiando ou confundindo. A criptomnésia é o esquecimento de determinados fatos delimitados já vividos pelo paciente e a ecmnésia é a revivescência intensa de fatos do passado, quase como se os estivesse vivenciando de fato no presente, ambos podem ocorrer em demências.

Há ainda os falsos reconhecimentos, que podem ser não delirantes ou delirantes. Os falsos reconhecimentos não delirantes podem ser de origem exclusivamente neurológica, ou seja, distúrbios do reconhecimento de estímulos sensoriais chamados agnosias, ou psíquicas como os fenômenos de *déjà-vu* e *jamais-vu*, que são,

respectivamente, a sensação de que o que se vivencia no momento já foi vivenciado antes, e a sensação de que determinada experiência passada nunca foi realmente vivida. Ambos são comuns em estados de fadiga não patológicos e também em epilepsias e psicoses tóxicas.

Os falsos reconhecimentos delirantes serão abordados no exame do juízo.

SENSOPERCEÇÃO

A sensação e a percepção compõem a função que chamamos sensopercepção. A sensação é a capacidade de captar um estímulo físico ou químico tátil, gustativo, olfativo, visual, auditivo, cinestésico (movimentos corporais), ou cenestésico (sensações intracorpóreas) e transmiti-lo pelas vias neuronais até o córtex cerebral. A chegada ao córtex possibilita a tomada de consciência deste estímulo e a isso damos o nome de percepção.

Outra maneira de apresentar estes objetos estimuladores à consciência é por meio da representação, ou seja, a imagem rememorada do objeto que foi sentida em um momento anterior.

Existem características diferenciadoras entre uma sensopercepção real e uma representação. A nitidez e o detalhamento da imagem percebida são maiores do que da representação; a primeira é uma imagem estável, que não pode ser modificada pela vontade e por isso tem a sensação de passividade e externalidade da sensação enquanto a segunda pode ser evocada intencionalmente e recriada ao gosto, aparecendo no espaço subjetivo interno.

A representação é a fonte das fantasias, da imaginação e das lembranças. Algumas pessoas têm a capacidade de lembrar-se de uma imagem com nitidez e detalhamento surpreendentemente reais e a isto damos o nome de memória eidética. As Pareidolias são imagens voluntariamente vistas em objetos imprecisos, como enxergar bichos nas nuvens.

Chamamos de pseudo-alucinação a alteração qualitativa da representação, pois esta não apresenta corporeidade e nitidez de uma percepção e a vivência é dada no espaço interno mental. Por exemplo, um paciente que ouve vozes dentro de sua cabeça e que não as reconhece como sendo seu próprio pensamento.

Às alterações quantitativas da sensopercepção chamamos hiper e hipoestésias, porém não nos referimos àquelas neurológicas táteis e sim às psíquicas. Por exemplo, um paciente em mania que percebe o mundo mais colorido, mais nítido, ou um som baixo como um estrondo, ou então um depressivo que vê matizes de cores mais opacas e os alimentos sem sabor.

As ilusões e alucinações são as alterações qualitativas da sensopercepção e são mais importantes na psicopatologia. As ilusões são deformações da percepção que vem de um objeto real e presente. Acontecem em estados de rebaixamento do nível de consciência, fadiga intensa ou estados afetivos muito importantes, neste caso chamadas ilusões catafímicas.

As alucinações verdadeiras são percepções de objetos (de qualquer dos sentidos) sem a sensação real, pois não há de fato o estímulo sensorial. As características da

percepção são aquelas de uma sensopercepção de fato, já descritas acima: nítida, externa e imodificável.

As alucinações mais comuns são as auditivas como, por exemplo, vozes de comando, de narração das atividades do paciente ou de sonorização do pensamento, em que o paciente vivencia ouvir os próprios pensamentos enquanto os pensa. Estas são chamadas alucinações complexas. As alucinações simples como zumbidos e estalidos estão mais associadas a distúrbios auditivos de fato.

As alucinações visuais são comuns nos distúrbios orgânicos como delírium e demência de corpúsculos de Lewy e também na esquizofrenia, porém algumas vezes podem não ser patológicas como no caso das alucinações hipnopômicas e hipnagógicas, que ocorrem durante o despertar e o adormecer, respectivamente.

Podem ocorrer ainda alucinações táteis como de infestações por insetos; olfativas e gustativas, frequentemente associadas à epilepsia; cinestésicas como se uma parte do corpo estivesse em movimento (sente a perna mexer apesar de ela estar parada); cenestésica, como uma sensação de algo mexendo dentro do corpo (sente o estômago mudando de lugar dentro de si); e extracampina, ou seja, uma alucinação experimentada fora do campo sensorial usual, como poder enxergar através da parede ou enxergar que algo está acontecendo atrás do indivíduo.

Em geral as alucinações são acompanhadas de uma falta de crítica a respeito da irrealidade do fenômeno. Quando a crítica se mantém preservada chamamos de alucinose. O termo também é usado para definir a alucinação específica da abstinência alcoólica.

PENSAMENTO

O pensamento constitui um ato relacionado à capacidade de se suceder imagens ou representações mentais, passíveis de expressão pela linguagem, as quais correspondem à atividade intelectual e emocional do indivíduo. Por meio dele, compreendemos o mundo, ajustamo-nos a ele e asseguramos nossa existência.

Do ponto de vista didático, o pensamento deve ser avaliado em três esferas: forma, curso e conteúdo. A forma compreende a estrutura do pensamento. Assim, quando se examina esse quesito, o objetivo é avaliar se existe uma coesão e uma linearidade de idéias. As alterações mais comuns na forma são: a fuga de idéias (comuns nos episódios maníacos devido à grave aceleração do pensamento) em que o pensamento não se mantém por muito tempo e logo outro pensamento toma seu lugar. Esta mudança pode ocorrer por aliterações (quando o paciente associa duas idéias através da semelhança de sílabas entre duas palavras que pertencem a pensamentos diferentes e desta maneira desvia do assunto inicial), assonâncias (a associação é feita através da semelhança entre a sonoridade das palavras), rima (associação através da rima) ou tema (associação de temas ligados porém não pertinentes na linha de pensamento inicial); o afrouxamento de idéias em que as conexões entre os pensamentos mantêm alguma lógica porém já não apresentam uma coesão das sucessões, que parecem mais livres que o normal; o descarrilamento de pensamento em que as idéias mudam de maneira que

não é possível identificar pontos de ligação entre elas e pensamentos desimportantes aparecem e eventualmente volta-se ao assunto original; desagregação quando não é possível identificar pensamentos completos, o paciente emite frases incompletas, palavras desconexas ou sons sem significado; e a dissociação (quadros histéricos).

Em relação ao curso, o que se observa é a fluência, bem como a velocidade do pensamento. Desse modo, as principais alterações observadas no exame psíquico são: a lentificação, mais comum em pacientes depressivos, aceleração, presente principalmente nos episódios de mania, e o bloqueio do pensamento, muito característico da esquizofrenia, em que o paciente de fato interrompe o pensamento sem motivo aparente.

O conteúdo, por sua vez, se caracteriza por aquilo que compõe a estrutura do processo de pensar. Costuma ser o aspecto mais fácil de ser avaliado durante o exame psíquico, já que este quase sempre é o que mais se destaca durante a entrevista e pode compor diversos temas. São os mais comuns: persecutórios, religiosos, sexuais, depreciativos, megalomaniacos, ruína, culpa, hipocondríacos. O conteúdo não é específico de cada doença e não deve ser utilizado como fator diagnóstico isoladamente, porém existem temas mais frequentes a cada patologia, pois eles muitas vezes surgem em decorrência dos afetos presentes nos pacientes, por exemplo, delírios de ruína e culpa podem decorrer de afetos negativos presentes na depressão, e delírios de grandeza podem decorrer de afetos muito positivos de poder e felicidade nos pacientes maníacos.

LINGUAGEM

Pode-se definir a linguagem de diversos modos: forma de comunicação que se dá pelo uso de fonemas; manifestação psíquica com uso de regras (língua) por meio de fenômeno psicomotor (fala), que reflete a organização do processo de pensamento. Há muita confusão na avaliação de pensamento e linguagem na prática clínica devido à inter-relação entre ambas as funções.

Deve-se lembrar que muitas das alterações de linguagem são resultado de quadros neurológicos basais. As mais frequentes são: afasia de expressão (Broca), afasia de compreensão (Wernicke), afasia global, disartria (incapacidade de articular corretamente as palavras associada a problemas motores), dislalia (alteração da linguagem falada com troca, omissão ou deformação de fonemas sem associação com alterações motoras).

Durante a avaliação pode-se verificar se há alterações na quantidade do discurso do paciente. Assim, sob tal ponto de vista, pode-se observar recorrentemente o mutismo, a restrição de quantidade de discurso e o aumento do mesmo. Em relação aos temas, pode-se ver: pobreza do discurso (restrição de repertório), circunstancialidade (aborda diversos temas distintos em detrimento daquele requerido pelo entrevistador), tangencialidade (não aprofunda nos assuntos, permanecendo no plano superficial).

Outro aspecto possível de ser avaliado é o fluxo e a velocidade da linguagem. A logorréia corresponde à aceleração da linguagem verbal, chegando o paciente a apresentar a “pressão de discurso”, quando não se consegue interromper a fala do paciente. Processo oposto ocorre na bradifasia, na qual há uma lentificação importante do discurso.

Em relação ao conteúdo, pode-se notar durante entrevista a perseveração do discurso (manutenção dos mesmos temas abordados pelo paciente), ecolalia (repetição das últimas palavras usadas pelo entrevistador pelo paciente), palilalia (repetição das últimas palavras proferidas pelo próprio paciente) e verbigeração (repetição estereotipada de palavras, sílabas ou frases despidas de qualquer significado).

Vale aqui a menção das para-respostas, muito frequentes na prática clínica, em que os pacientes respondem algo completamente divergente do conteúdo da pergunta. Isto pode ocorrer nas psicoses e não são intencionais, devendo-se diferenciar de atitudes deliberadas de pacientes que tentam dificultar a entrevista psiquiátrica.

JUÍZO

O juízo é a capacidade de julgar a realidade e comparar valores. Este julgamento inclui uma porção de individualidade subjetiva, mas também uma concordância com os valores socioculturais de cada pessoa.

Os falsos juízos podem ser patológicos ou não. Um erro simples, como julgar o todo pela parte, atribuir relação de causa-efeito a uma coincidência ou um ajuizamento baseado em falsas premissas (preconceito), em geral são causados por ignorância da realidade e são passíveis de correção diante de provas, dados e experiências. Existem ainda as crenças culturalmente sancionadas, que apesar de não serem sempre “passíveis de correção”, são compartilhadas por um grupo cultural e desta maneira não são patológicas: religiões, crenças políticas e superstições.

As alterações patológicas do juízo podem ser ideias sobrevaloradas, que por causa da extrema importância afetiva tornam-se assuntos centrais na mente do paciente, fazem sentido para ele e são compreensíveis em sua história e sua personalidade, são sustentadas com convicção, porém menos intensamente que no delírio e comprometem a funcionalidade causando prejuízos e sofrimento na vida do indivíduo ou aos que com ele convivem. Já os delírios surgem de uma base patológica e não são compreensíveis pela análise das vivências do paciente, são uma ruptura na biografia do indivíduo.

Apesar de comumente o conteúdo do delírio constituir-se de histórias bizarras e impossíveis, não é esta irrealidade que o determina e sim o modo como surge e se mantém esse ajuizamento. Alguns pacientes podem delirar a respeito de fatos que realmente acontecem, porém o surgimento desta ideia não provém de dados de realidade. Por exemplo, um homem que tem certeza que sua esposa o trai sem dados que sugiram a traição. A traição pode até existir, mas o modo como se chega a esta conclusão é patológico (por exemplo um homem que conclui que a esposa o trai porque seus pés estão frios à noite o que indica que ela se levantou para encontrar o amante). Por isso, mais importante do que esmiuçar os detalhes do delírio, é perguntar “como” o paciente chegou àquela conclusão.

Segundo Jaspers, são três os indícios de que uma ideia é delirante: a convicção extraordinária no que se pensa com uma certeza subjetiva apesar das provas, não se pode colocar em dúvida esta certeza, e um conteúdo (geralmente) impossível ou não aceito pelo grupo social do indivíduo. Quanto maiores as dimensões do delírio

maior a probabilidade de gravidade e comprometimento do indivíduo. São estas dimensões: o grau de convicção; a extensão, ou seja, o quanto as ideias delirantes envolvem várias áreas da vida; a implausibilidade; a desorganização, ou seja, o quanto o indivíduo é capaz de criar consistência lógica entre as ideias para justificar seu delírio que pode desta maneira ser frouxo ou bem estruturado; a preocupação do paciente em relação àquela ideia; a resposta afetiva de medo, ansiedade, tristeza, etc; e a atuação em relação ao delírio, ou seja, o quanto o indivíduo toma atitudes baseadas no conteúdo delirante. Chamamos ainda de delírio secundário aquele que não se origina espontaneamente, mas sim derivado de um distúrbio afetivo, de nível de consciência, personalidade, etc.

Especificamente nos transtornos do humor podemos classificar os delírios como congruentes ou incongruentes com o afeto. Conteúdos de ruína, culpa e hipocondria são congruentes com a depressão enquanto os de grandeza, poder e religiosidade são congruentes com quadros maníacos. A incongruência pode implicar uma pior evolução clínica.

Outros possíveis conteúdos são: de controle, de invenção secreta, de referência, de ciúme, de perseguição, de auto-referência entre muitos outros (alguns até extremamente bizarros).

Denomina-se percepção delirante o fenômeno que se caracteriza pela resignificação de uma percepção sensorial normal no exato momento desta percepção. Por exemplo, o paciente vê uma blusa amarela e imediatamente sabe que existe uma máfia querendo tortura-lo. É uma vivência de revelação.

Os falsos reconhecimentos delirantes incluem delírios de identificação de pessoas ou objetos como a síndrome de Capgras em que o paciente tem certeza de que uma pessoa conhecida foi trocada por um sócia ou a síndrome de Frégoli em que a pessoa identifica um desconhecido como alguém de seu círculo de convívio. São muito comuns na esquizofrenia e depressões graves.

CRÍTICA

A crítica é a capacidade de confrontar juízos sobre si mesmo e sobre o mundo para chegar a uma verdade através de deduções, induções e analogias.

Em geral observamos o prejuízo da crítica no julgamento do paciente em relação à própria doença ou em relação a um distúrbio específico de sensopercepção, memória, juízo, etc., o que ocorre bastante frequentemente nos quadros psicóticos.

AFETIVIDADE

Abrange a vida emocional do indivíduo, sendo os sentimentos, as emoções e o humor o seu conteúdo.

As características formais da afetividade são: o tônus, a modulação, a ressonância e a congruência. O tônus correspondente à carga de afeto dirigido; pode estar aumentado em indivíduos em mania ou com temperamento hipertímico e diminuído na depressão

ou no luto. A modulação refere-se à variação do afeto. A ressonância é a capacidade de vibrar e compartilhar o mesmo afeto com o outro. E a congruência é a tendência do afeto acompanhar a vivência que o provocou.

Na ambivalência afetiva há a vivência de dois afetos contraditórios (amor e ódio; rancor e carinho) ao mesmo tempo acerca de um mesmo objeto e pode ocorrer de forma mais extrema na esquizofrenia.

Na labilidade afetiva há uma extrema facilidade em passar rapidamente de um estado afetivo para outro, com aumento da modulação do afeto.

No embotamento afetivo há um empobrecimento global e intenso da vivência afetiva, o afeto apresenta-se com tônus diminuído, com diminuição da modulação e pouco ressonante e pode ocorrer na esquizofrenia.

O humor é o estado basal e difuso da afetividade que predomina com certa constância por determinado período. Pode ser eufórico ou encontra-se entre os pólos de hipertímia (expansão, euforia) e de hipotímia (depressão). Nas alterações do humor pode ocorrer comprometimento das demais funções psíquicas como juízo, percepção, atenção, volição.

Na hipertímia há expansão ou euforia do humor, os afetos são superficiais, há sentimento de onipotência e vitalidade, com ânimo exacerbado, ressonância ao prazer. Pode ocorrer na mania e em indivíduos com temperamento hipertímico.

Na hipotímia há melancolia, retração do humor, com sentimentos pessimistas, de menos-valia, impotência, culpa, falta de prazer e de interesse pelas coisas. Ocorre na depressão, no luto.

Na disforia há um afeto basal desagradável, irritado, com amargura, pode haver labilidade afetiva associada e ocorre em episódios mistos e depressivos.

A irritabilidade é um sintoma comum e inespecífico, podendo estar presente em pacientes bipolares, psicóticos, depressivos, ansiosos.

VONTADE

É a atividade psíquica relacionada ao direcionamento dos atos voluntários.

O ato volitivo apresenta-se como um processo que pode ser dividido em: fase de intenção, fase de deliberação, fase de decisão e fase de execução. Pode estar alterada de modo quantitativo ou qualitativo.

A natureza da volição depende do conteúdo das intenções, mas a intensidade do ato volitivo geralmente depende da afetividade.

Na hipobulia o indivíduo queixa-se de falta de vontade, desânimo, com sentimento de passividade, ocorrendo frequentemente na depressão.

Na hiperbulia qualquer estímulo se constitui em uma motivação, com sentimento de efetividade e maior energia, ocorrendo na mania.

Exemplos de alterações qualitativas da vontade: negativismo passivo ou ativo (presente na catatonia); pedofilia, exibicionismo e fetichismo (parafilias sexuais).

No ato impulsivo ocorre falha na fase de deliberação e decisão, o indivíduo realiza ações sem reflexão, sendo incapaz de tolerar a insatisfação do impulso. No ato

compulsivo há um alívio temporário de um desconforto subjetivo com a sua execução e, geralmente, é experimentado como indesejável.

O pragmatismo é a capacidade de transformar intenções em ações práticas e está alterado em diversos transtornos mentais.

PSICOMOTRICIDADE

A psicomotricidade corresponde à linguagem corporal dos indivíduos, sendo muitas vezes a manifestação corpórea do pensamento e da produção psíquica atual. A avaliação dessa função psíquica se dá por observação do paciente associado à realização de exame físico e neurológico. Segundo Jaspers, a psicomotricidade é um rendimento psíquico e reflete a passagem da vontade para a ação.

Há uma relação estreita entre essa função psíquica e quadros neurológicos. Alterações como distonias, espasmos, coréia, mioclonias, atetose são decorrentes de lesões neurológicas específicas. Outra associação importante da psicomotricidade se dá com o uso de psicofármacos e seus consequentes efeitos colaterais, os quais afetam recorrentemente os pacientes, produzindo parkinsonismo (rigidez, tremores, hipocinesia), acatisia (sensação subjetiva de inquietude, inquietação motora), distonia aguda (contração muscular lenta, sustentada e dolorosa), discinesia tardia. Essa última se caracteriza por movimentos mastigatórios e coreoatéticos de membros e troncos por uso prolongado de antipsicóticos, principalmente os típicos.

Quadros psíquicos, como ansiedade e mania, apresentam inquietude, agitação, dificuldade em permanecer parado. Já episódios depressivos se manifestam com lentificação psicomotora. As estereotípias se caracterizam por repetições automáticas e uniformes sem propósito, as quais costumam ser decorrentes de quadros psicóticos, catatônicos, autismo e síndrome de Tourette. Os maneirismos, por sua vez, são movimentos bizarros estereotipados que se propõem a certo objetivo, mesmo que estapafúrdio. Ocorrem principalmente na esquizofrenia, na deficiência mental e nas histerias graves.

Devem-se ainda citar os tiques, os quais são atos coordenados, repetitivos, breves e intermitentes oriundos de contrações de grupos musculares, que aparecem em transtornos como a síndrome de Tourette, quadros com muita ansiedade e estresse. São mais frequentes nas crianças.

Por fim, é importante descrever as síndromes catatônicas. A frequência desses quadros na prática clínica diminuiu bastante com o advento dos antipsicóticos. Embora a catatonia afete diversas funções psíquicas, tais como a volição, a linguagem e o afeto, a repercussão sobre a psicomotricidade é a característica que mais se sobressai. O paciente acometido pode apresentar maneirismos, flexibilidade cérea (rigidez muscular que dece repentinamente à tentativa de mover o membro), catalepsia (conservação de uma posição por longos períodos), negativismo ativo (paciente faz movimento contrário ao solicitado), estereotípias, reação de último instante, adotar posições bizarras. Vale lembrar que boa parte das etiologias dos quadros catatônicos é de origem orgânica. Em relação às causas psiquiátricas, a apresentação catatônica é mais comum em quadros

psicóticos, como a esquizofrenia e em transtornos de humor graves, como um episódio depressivo grave.

INTELIGÊNCIA

A inteligência é “o conjunto das habilidades cognitivas do indivíduo” (Dalgalarondo, 2009), a somatória de capacidades de resolver problemas, aprender novas habilidades, o raciocínio, a abstração, e a aprendizagem por experiência, sempre com o intuito final de melhor adaptar-se às exigências do ambiente.

Como é complexa, não pode ser avaliada de maneira muito simples, exige testes específicos e mesmo estes não fornecem respostas absolutas. Sempre é necessária a contextualização na vida e adaptabilidade do indivíduo. Nem sempre uma quantidade de inteligência (QI) menor que a média é patológico, desde que a pessoa esteja bem adaptada.

A quantidade de conhecimento do indivíduo tão pouco demonstra a inteligência do mesmo. Para adquirir conhecimento é necessária a inteligência, mas também a oportunidade cultural e o interesse.

Os indivíduos limítrofes (QI entre 70 e 85) não são considerados doentes mentais e em geral apresentam dificuldades somente quando necessitam realizar atividades mais complexas e de raciocínio mais sofisticado.

O retardo mental leve (QI entre 50 a 69) é caracterizado por um desenvolvimento relativamente normal, com algum possível atraso de linguagem, dificuldades de aprendizado e com conceitos abstratos e raciocínios lógicos, mas são capazes para atividades práticas e manuais.

O retardo mental moderado (QI entre 35 e 49) apresenta um atraso evidente do desenvolvimento psicomotor, da linguagem e compreensão. Geralmente não ultrapassam dois anos escolares e não alcançam a independência completa. São capazes de realizar auto-cuidados e tarefas simples supervisionadas.

O retardo mental grave (QI entre 20 e 34) frequentemente não apresenta a capacidade total ou parcial de comunicação verbal, realizam auto-cuidados simples, porém necessitam de supervisão constante. Comumente podem ser auto e heteroagressivos.

O retardo mental profundo (QI abaixo de 20) provoca dependência quase integral, com limitações inclusive motoras e descontrole de esfínteres.

REFERÊNCIAS

- Dalgalarondo, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2ª ed. - Porto Alegre: Artmed (2008).
- Sims, A. **Sintomas da Mente: introdução à psicopatologia descritiva**. Porto Alegre: Artmed (2001).
- Jaspers K. **General Psychopathology**. Baltimore: The John Hopkins University Press (2007).