#### ANEXO III

# GUIA PARA O EXAME CLÍNICO EM PSIQUIATRIA

Geraldo Francisco do Amaral\*

Uma avaliação do psiquismo deve estar presente em toda anamnese, como parte do exame clínico geral. A semiologia psiquiátrica está voltada para identificar e interpretar os sinais elementares dos fenômenos psicopatológicos, quer ocorram em pacientes psiquiátricos ou em portadores de doenças orgânicas, para, com isto, construir o diagnóstico indispensável a uma conduta terapêutica satisfatória.

<sup>\*</sup> Mestre em Psiquiatria. Professor Assistente – Coordenador da Disciplina de Psicologia Médica e do Serviço de Interconsulta Psiquiátrica da FM/HC – UFG.

A semiologia psiquiátrica não pode estar separada da semiologia geral e a avaliação do psiquismo deve ser realizada em virtude de que alterações psíquicas, emocionais, podem estar presentes em praticamente todas as doenças físicas, antecedendo-as, concomitantemente, ou em decorrência delas. Ademais, a importância da identificação de sintomas psíquicos nas afecções somáticas, no ato da anamnese, contribui para bem direcionar o diagnóstico, a terapêutica e um melhor prognóstico. Não se pretende a realização de um exame psiquiátrico completo, mas que as observações obtidas sejam suficientes para uma noção clara acerca do estado emocional do paciente.

Se o examinador consegue, em cada passo do exame clínico, atentar para o seu equivalente psíquico, a formulação diagnóstica terá um alcance amplo e, com certeza, estará possibilitando um encontro, uma aliança terapêutica e uma adesão mais eficaz ao tratamento.

Ouvir atentamente, interrogar com clareza, respeitar os limites do paciente compreendendo as suas necessidades naquele momento de fragilidade do eu, certamente contribuirá para que a relação médicopaciente se estabeleça com segurança e de forma duradoura.

Alguns temas podem ser mais difíceis de abordar. Assuntos como sexualidade, prazeres na vida, relacionamento conjugal, agressividade e projetos futuros podem parecer estranhos, de acordo com o quadro clínico do paciente. No entanto, fazem parte do cotidiano e muitas vezes são a chave para uma boa formulação diagnóstica. Tais temas podem ser indagados de maneira correta, não invasiva, e até mesmo constituir uma abertura ao paciente para um "desabafo", um momento de aprofundamento relacional.

Assim, observações sobre o comportamento, reações ao entrevistador e grau de cooperação devem ser feitas ao longo de todo o exame clínico. De posse das observações obtidas, é possível formular um quadro inicial sobre as condições psíquicas do paciente, como caracterizar um transtorno psicótico mais grave, um transtorno do humor, ou mesmo de ansiedade. Traumatismos cranianos, doenças metabólicas ou infecções podem desencadear sintomas ligados aos transtornos mentais orgânicos, da mesma forma que abusadores de álcool ou drogas, lícitas ou ilícitas, também mostram alterações em decorrência apenas do uso ou em conseqüência de doenças somáticas, advindas de má qualidade de vida.

Alguns medicamentos podem gerar sintomas semelhantes a transtornos depressivos, assim como determinados transtornos de ansiedade (pânico, fobias) podem desencadear sintomas somáticos semelhantes a doenças cardiológicas. Uma gama de doenças somáticas instala-se como comorbidade em várias doenças psiquiátricas.

A identificação destes sintomas, mesmo que não claramente diagnosticados, é motivo suficiente para discussão com o médico assistente, o residente ou o professor. Em se tratando de algo que escape a um esclarecimento seguro, há necessidade de se discutir o caso com o responsável e que seja solicitada uma avaliação pelo interconsultor psiquiátrico, para uma orientação especializada.

É importante saber que não existem sintomas patognomônicos em Psiquiatria, o que nos sugere que o diagnóstico psicopatológico se faz sobre a totalidade dos dados clínicos obtidos no momento do exame psíquico, e com a evolução do transtorno.

Este pequeno roteiro destina-se a colocar o aluno diante da possibilidade de compreender melhor seus primeiros pacientes, examinando-os como um todo. Pretende também familiarizá-lo com a terminologia ultilizada em psicopatologia. Àqueles que se interes-

sarem em aprofundar seus conhecimentos sobre os aspectos psíquicos de seus pacientes, sugerimos procurar os manuais e tratados especializados, assim como os seus professores.

Assim, durante a realização da anamnese clínica, o examinador deve observar, dentre os aspectos psicológicos ditos normais, aqueles que, de alguma forma, possam estar alterados. As observações podem ser obtidas em ordem mais ou menos seqüenciada e estão descritas dentro dos seguintes planos:

I. INTELECTIVO
II. AFETIVO
III. VOLITIVO

- No plano intelectivo encontramos as seguintes funções: consciência, atenção, sensopercepção, memória, inteligência e pensamento.
- No plano afetivo: consciência do eu e afetividade.
- No plano volitivo: vontade e psicomotricidade.

Na seqüência da observação deve-se descrever: aspecto geral, consciência, atenção, orientação, sensopercepção, memória, inteligência, pensamento, juízo, linguagem, afetividade, consciência do eu, humor, psicomotricidade, vontade.

Capítulo à parte deve ser dado à personalidade, seu conceito, evolução e patologia, em virtude de sua importância no adoecer das pessoas.

Descreveremos, a seguir, e de forma sucinta, os principais aspectos de cada um dos conceitos descritos acima, iniciando pela observação do aspecto geral e da atitude do paciente em relação ao entrevistador.

ASPECTO GERAL – é algo que se observa a partir do contato visual com o paciente e prossegue durante a entrevista. Deve-se observar a vestimenta, aparência, cuidados corporais. Postura física, equilíbrio e marcha.

ATTTUDE EM RELAÇÃO AO ENTREVISTADOR – deve ser observada e descrita no momento da entrevista (se em enfermaria ou ambulatório) – cooperativa, amistosa, hostil, sedutora, carente, irritadiça, submissa, desconfiada, apática, arrogante, pueril.

# I. PLANO INTELECTIVO

#### 1. CONSCIÊNCIA

O estado da consciência representa o conjunto das atividades e rendimentos psíquicos em um dado momento. A integridade da consciência é chamada de **lucidez**. Nenhum sintoma psicopatológico tem algum valor em si mesmo diante de um rebaixamento da consciência.

Durante o exame clínico deve ser avaliada a consciência em seu sentido estritamente psicofisiológico. A consciência de si próprio, no sentido moral, ou de contraposição aos conflitos inconscientes são reservados à busca do autoconhecimento através das psicoterapias.

Entre as alterações da consciência temos: *alterações gerais, delirium, estreitamento, outros*.

Alterações gerais (ocorrem progressivamente):

- Turvação ou obnubilação letargia, sonolência, redução global da atenção, com ou sem confusão mental;
- Estupor, torpor ou coma superficial despertar ocorre sob constantes e intensos estímulos;
- Coma ou coma profundo;
- Morte cerebral;

Delirium – tem origem orgânica, apresentando turvação ou obnubilação da consciência com agitação psicomotora, confusão mental, desorientação, perplexidade e alterações da sensopercepção, como ilusões e alucinações visuais. Ocorre geralmente na uremia, na abstinência alcoólica, nas encefalites e intoxicações, nos estados febris, na insuficiência hepática, nos

traumatismos cranianos ou como efeito colateral de medicamentos.

Estreitamentos – o paciente age como se estivesse semidesperto, de forma complexa, mas com ausência de clareza da consciência.

#### Formas:

- Estados crepusculares epilépticos;
- Estados dissociativos histéricos;
- Estados hipnóticos ou de transe.

Outros – Alterações do sono – enurese noturna, narcolepsia, cataplexia, alucinações hipnagógicas (anteriores ao início do sono) e hipnopômpicas (no início do despertar).

Durante o exame clínico observar: grau de lucidez, turvação/obnubilação, torpor, estupor, pré-coma, coma, coma profundo. Alterações qualitativas – estreitamento da consciência, estupor catatônico, estados hipnóticos.

# 2. ATENÇÃO

Está relacionada ao estado de consciência. Apresenta dois aspectos básicos:

- *Vigilância* – refere-se ao estado de alerta diante de estímulos vindos do ambiente ou do próprio corpo da pessoa;

 Tenacidade – grau de concentração da atenção em determinada tarefa em relação ao ambiente e ao próprio corpo.

Deve-se observar as seguintes alterações:

- Hiperprosexia hipervigilância e hipertenacidade aumento quantitativo da atenção espontânea (forte ansiedade, uso de psicoestimulantes, estados maníacos, esquizofrenia);
- Hipoprosexia hipovigilância e hipotenacidade –
   diminuição da atenção espontânea (alterações do estado de consciência, estados infecciosos, estados depressivos, esquizofrenia);
- *Aprosexia* absoluta falta de atenção e vigilância (estados demenciais);
- Distração incapacidade de fixar a atenção;
  - 1 hipotenacidade e hipervigilância ex. desvio de atenção do aluno de suas tarefas para o exterior;
  - 2 hipertenacidade e hipovigilância desatenção seletiva do estudioso superconcentrado na pesquisa, ou em pessoas que, por uma profunda carga emocional conflitiva, geralmente inconsciente, apresentam ansiedade permanente percebendo mal objetos, situações e pessoas. Dizse daquela pessoa que "só escuta o que quer".

- Distraibilidade - hipotenacidade sem hipervigilância - incapacidade de concentração em tarefas do cotidiano (em pessoas com cansaço acentuado, queixas de "perda de memória", fadiga, estados depressivos).

# 3. ORIENTAÇÃO

Função psíquica em íntima relação com consciência e cognição. Divide-se em:

- alopsíquica tempo e espaço (dia da semana, mês e ano, lugar em que está, quem o trouxe etc.);
- autopsíquica consciência de ser no mundo (nome, quem é, se mudou de nome, transformou-se etc.).

Causas mais comuns de desorientação alopsíquica: apatia depressiva, estados amnésicos, psicóticos, delirium.

Causas mais comuns de desorientação autopsíquica: quadros psicóticos e demenciais.

Durante o exame clínico: indagar sobre datas recentes, histórias antigas e novas, nomes de pessoas ligadas ao paciente, últimos exames laboratoriais etc.

# 4. SENSOPERCEPÇÃO

- Sensação é o fenômeno elementar gerado por estímulo físico, químico ou biológico que informa

- o organismo, em dimensão neuronal, sobre as diferentes formas de sensação (visuais, táteis, olfativas, auditivas, gustativas, proprioceptivas, cenestésicas).
- Percepção é a tomada de consciência do estímulo sensorial, em dimensão neuropsicológica e psicológica.

Conceito de imagem e representação:

Imagem perceptiva real ou imagem, considerada elemento básico da sensopercepção se constitui qualitativamente por: nitidez, corporeidade, estabilidade, projeção para o exterior, ininfluencibilidade e completude.

Imagem representativa ou mnêmica (representação) é a revivescência da imagem perceptiva real, evocada; caracteriza-se por: pouca nitidez, pouca corporeidade, é instável, é introjetada e tem incompletude.

- Imaginação é atividade psíquica voluntária, e que consiste na evocação de imagens ou criação de novas imagens. Geralmente acontece na ausência de estímulos sensoriais.
- Fantasia é produto imaginativo com alguma organização, consciente ou inconsciente, que se origina de temores, conflitos, desejos.

Dentre as alterações da sensopercepção temos: QUANTITATIVAS

- Hiperestesia percepções aumentadas de sons, cores, imagens. Ocorre geralmente nas into-xicações por alucinógenos, enxaqueca, epilepsias, esquizofrenia, eventualmente nas manias;
  - Hipoestesia percepções diminuídas nas cores,
     alimentos sem sabor, odores pouco intensos.
     Geralmente ocorre em pacientes deprimidos;
- Analgesia de partes do corpo origem neurológica, pacientes histéricos, hipocondríacos, somatizadores.

#### QUALITATIVAS

- *Ilusão* percepção deformada de um objeto real e presente. As mais comuns são visuais podendo ocorrer ilusões auditivas. Geralmente em pacientes com rebaixamento da consciência, fadiga grave, estados afetivos muito intensos;
- Alucinação falsa percepção clara e definida de um objeto (voz, ruído, imagem) sem a presença do objeto estimulante real. Na clínica, os tipos mais freqüentes são: auditivas (mais comuns em esquizofrênicos), visuais (mais comuns em qua-

dros orgânicos), táteis, olfativas e gustativas, cenestésicas. As alucinações funcionais são desencadeadas por um estímulo sensorial (abrir o chuveiro e começar a ouvir vozes). Visuais e tácteis de insetos, aranhas, ocorrem no delirium tremens. Alucinações cenestésicas (viscerais e do esquema corporal, destruição interna); alucinações sinestésicas (música com cor, imagem com sabor, corpo afundando);

- Alucinose percepção da imagem ou ruído sem a crença absoluta e vivenciada como fenômeno estranho a si. Ocorre geralmente em quadros psicorgânicos, com consciência preservada. Alucinose alcoólica (auditiva em período de abstinência, autodepreciativa, repetitiva, culposa, persecutória);
- Pseudoalucinação imagens com certa clareza e vivacidade, percebidas em um espaço subjetivo, interno. As imagens, vozes, são pouco objetivas, e acontecem dentro da cabeça do paciente. Não encontramos a grande convicção que é vista nas alucinações verdadeiras. Comum em psicoses orgânicas, estados afetivos intensos, fadiga acentuada, intoxicações e rebaixamento do nível de consciência;

 Outras alterações – autoscopia (percepção externa de si mesmo); pareidolia (imagem fantástica não patológica como figuras nas nuvens).

Durante a anamnese avaliar se a alteração é uma ilusão ou alucinação, se ocorre fora ou dentro da cabeça do paciente, se as imagens e sons têm absoluta nitidez, se o paciente acredita no que percebe.

#### 5. MEMÓRIA

Função cognitiva básica com variações funcionais e quantitativas, permanentemente influenciada pelo estado emocional. As queixas de "perda ou falta de memória" geralmente estão ligadas à dificuldade de concentração da atenção, por provável situação de ansiedade, desmotivação, apatia ou fadiga, sem nenhuma alteração da memória em si. Alterações graves da memória estão ligadas aos quadros demenciais, esquizofrenia, epilepsia, oligofrenia.

> O que avaliar:

*Memória imediata* – nomes, números, frases para rápida memorização.

*Memória de curto prazo* – refazer teste anterior depois de alguns minutos.

Memória recente – acontecimentos da semana, nomes de pessoas famosas atuais, dias da semana, nome do médico, endereço de casa.

Memória de fatos antigos – nascimentos, histórias da infância, dos filhos etc.

#### 6. INTELIGÊNCIA

Capacidade de formulação de raciocínio abstrato, de compreender símbolos, parábolas, metáforas; pode ser avaliada durante a entrevista médica de forma mais simples (provérbios, piadas, "moral da história") ou observada de forma mais rigorosa e com maior precisão, quando se faz necessário diagnóstico diferencial, através de testes de inteligência.

Deve-se avaliar, a partir de dados sobre o meio cultural do paciente, seu nível educacional e correspondência com a idade. Motivações e condições de concentração também são importantes. Um diagnóstico de deficiência intelectiva pode gerar prejuízos enormes às crianças e familiares, devendo ser feito com cuidado e com o uso de todos os recursos disponíveis.

Deficiências cognitivas acontecem por desenvolvimento insuficiente (oligofrenias) ou por perda da capacidade já adquirida (demências). Têm classificação, curso e tratamento diferenciados, de acordo com diagnóstico, idade e comorbidades.

#### 7. PENSAMENTO

É uma atividade intelectual, não necessariamente dependente de estimulação sensorial, que reflete a capacidade de elaboração de idéias e conceitos que constituem significados. A capacidade de estabelecimento de relações entre conceitos, determinando o que é falso ou verdadeiro, denomina-se juízo. O raciocínio é um modo de ligar os conceitos, através de uma sequência de juízos e de encadeamento do conhecimento que resulta em uma conclusão. O desenvolvimento de alfabetização, socialização e aculturamento mais complexos favorecem recursos mentais mais sofisticados, com maior capacidade para o pensamento lógico-formal. Pessoas iletradas, de grupos sociais e laborativos mais simples, com menor sofisticação intelectual, tendem, normalmente, a ter maior dificuldade para o pensamento abstrato.

O processo do pensar se constitui do curso, da forma ou estrutura e do conteúdo ou temática do pensamento.

Curso – fluência, velocidade e ritmo do pensamento. Forma – estrutura básica que é preenchida pelo interesse da pessoa.

Conteúdo – substância do pensamento, temas predominantes de acordo com o interesse.

Do ponto de vista psicopatológico o pensamento deve ser avaliado de acordo com:

#### **CURSO**

- Bradipsiquismo lentidão ou inibição do pensamento;
- Taquipsiquismo aceleração do pensamento;
- Prolixidade voltas sobre o tema, impreciso, do essencial ao supérfluo, sem síntese;
- Perseveração repetição.

FORMA – fuga de idéias; dissociação do pensamento; desagregação do pensamento.

Conteúdo – capacidade de abstração (compreensão de frases feitas, parábolas, provérbios);

- idéias obsessivas;
- idéias de influência, fantasiosas, sobrevaloradas;
- idéias delirantes de perseguição, culpa, ruína, sexual, religioso, grandeza, ciúmes – o delírio é sistematizado (organizado e coerente mas fora da realidade) ou desconexo (apenas confusão, "sem pé nem cabeça").

Durante a anamnese observar capacidade de abstração, generalização e sofisticação das respostas, como está fluindo o pensamento, se o raciocínio che-

ga ao ponto básico, se há coerência e compreensão, associação de idéias por assonância de palavras, fuga de idéias. Se o pensamento é desorganizado observar se é confuso (alteração da consciência), demencial (alteração da cognição) ou deficitário (pobreza conceitual, informativa, abstração). Se há idéias ou pensamento obsessivo e que conteúdos são mais recorrentes durante o discurso do paciente.

Juízo da realidade – todo juízo é um julgamento, subjetivo, individual, social e em consonância com o aspecto sociocultural. Juízos falsos podem ser patológicos ou não. Psicopatologicamente, importa saber se o erro de juízo é determinado ou não por transtorno mental. O delírio é a principal forma de juízos falsos por transtornos psíquicos. A principal característica do delírio é sua incompreensibilidade psicológica. Deve ser diferenciado das crenças culturais e religiosas e das idéias prevalentes.

Delírio – as idéias delirantes são juízos patologicamente falseados; tem origem na doença mental e três características principais: 1 - o doente tem uma absoluta convicção na veracidade do delírio; 2 - não é possível modificar o delírio através da experiência objetiva, de argumentos lógicos e convincentes ou de prova de realidade; 3 - o seu con-

teúdo é impossível do ponto de vista da normalidade.

O delírio é classificado em primário ou verdadeiro (psicologicamente incompreensível e impenetrável e é algo novo que se insere na curva vital da pessoa) e secundário ou idéias deliróides (alterações da atividade mental que são psicologicamente compreensíveis como delírio de culpa no depressivo ou de grandeza no maníaco).

Os delírios surgem após um período denominado humor delirante ou trema, no qual o paciente apresenta-se com uma grande ansiedade, perplexidade e estranheza, sensação de que algo vai acontecer, que pode durar dias e que desaparece quando o delírio se concretiza.

Tipos mais frequentes de delírio: auto-referência, perseguição, influência, místico, ciúme, culpa, hipocondríaco, erótico, infestação, fantástico.

Linguagem – a comunicação humana se faz através da linguagem verbal e da expressão corporal (gestos, mímica, falta de movimentos), além da expressão orgânica ou psicossomática (involuntária) através de doenças. Uma das máximas da comunicação humana é que não se pode não comunicar. Dentro deste princípio, durante a entrevista médica, a observação do "todo

comunicacional" do paciente deve ser registrada e levada em consideração. Dificuldades orgânicas específicas da fala são mais afeitas à Neurologia e/ou à Fonoaudiologia.

Algumas dificuldades específicas da fala ligadas a transtornos psíquicos: mutismo, logorréia, prolixidade e alterações esquizofrênicas da linguagem.

- *Mutismo* impossibilidade psíquica de expressão oral, relacionada à inibição melancólica, negativismo catatônico, ou em crises histéricas. Pode ainda estar presente nas demências, alterações do estado de consciência, oligofrenias e em algumas lesões afásicas.
- Logorréia manifestação verbal patológica, compulsiva, sem que haja uma intenção real de comunicação adequada. Ocorre com freqüência nos estados maníacos, no qual se observam taquipsiquismo e fugade-idéias. Em menor intensidade também em casos de grande ansiedade. Não confundir com verborragia, que é um falar prolixo, mais como necessidade de chamar atenção.
- Prolixidade patológica pensamento expresso com grau acentuado de minúcias, em interminável e irrelevante detalhismo, podendo perder-se do tema principal pela incapacidade de síntese e em manter-

se concentrado na idéia principal. Não existe a intenção em chamar a atenção. Importância clínica em casos de lesões cerebrais e epilepsias do lobo temporal

- Alterações esquizofrênicas da linguagem — ecolalia (repetição em eco), neologismos (criação de palavras novas, sem nexo), parafasias (deformação de palavras), jargonofasia (fala incompreensível, incoerente), pararespostas (sem ter que ver com a pergunta), mussitação (murmúrio ininteligível), verbigeração (repetição interminável de certas palavras).

O que avaliar: se a fala é emocionada, gritada, pueril, gaguejante, lacônica, inibida, monótona, excitada, prolixa, perseverante, logorreica, mutismo. Se a alteração persiste todo o tempo da anamnese ou se altera de acordo com o tema abordado. Como é a comunicação corporal do paciente: retraída, expansiva, inquieta, agitada.

#### II. PLANO AFETIVO

# 1. CONSCIÊNCIA DO EU

O desenvolvimento psíquico da criança se faz através de uma vivência integrada com o mundo exterior, pela ausência de discriminação e delimitação entre o bebê e as outras pessoas, pois os planos de realidade interna e externa a si não diferenciam entre o eu e o não-eu. A diferenciação se faz a partir do primeiro ano de vida e se completa com a noção de que existe algo fora de si, formando então a consciência do eu, com a tomada de consciência do próprio corpo ("eu físico"). O eu psíquico, corporal e somático é vivenciado a um só tempo e se denomina esquema ou imagem corporal. As características do eu, que podem ser designadas como personalização, e seus principais aspectos psicopatológicos são:

- Consciência de atividade do eu;
- Consciência de unidade do eu;
- Consciência da identidade do eu;
- Consciência de oposição do eu em relação ao mundo;
- Despersonalização e desrealização.

Consciência de atividade do eu – é a capacidade da pessoa em autodeterminar-se, vivenciando com um toque de "meu" ou de "pessoal" todos os sentimentos, pensamentos, sensações corporais, percepções, lembranças. As alterações psicopatológicas principais são:

- alteração da consciência do existir estranheza de si mesmo, perda da sensação do próprio eu tanto corporal quanto psíquico ("eu me sinto como um nada ou eu sou uma máquina");
- alteração da consciência de execução sensação de que, ao pensar ou desejar algo, é como se outra pessoa influísse e impusesse os pensamentos, sem que o paciente conseguisse resistir a isto, sentindo-se como vivendo sob o jugo de um poder desconhecido que lhe rouba os pensamentos ("pessoas vêm dentro de mim e pensam por mim ou o demônio tomou conta de mim").

Consciência da unidade do eu – certeza que o indivíduo tem de que é algo indivisível, uno, uma só pessoa. As principais alterações psicopatológicas consistem em sentimentos estranhos que se antagonizam, são ambivalentes, com o paciente sentindo-se radicalmente dividido, uma cisão em duas pessoas simultaneamente ("eu sou ruim, a outra é boa").

Consciência da identidade do eu — é a consciência em ser sempre o mesmo ao longo de todo o tempo de vida. As alterações psicopatológicas são aquelas em que o paciente diz ser uma pessoa diferente daquela que foi antes do início da sua doença, podendo afirmar ser outra pessoa, muitas vezes uma personalidade de alguma forma poderosa (um milionário, um político famoso, Jesus Cristo etc.).

Despersonalização e desrealização - são situações de extrema angústia vivenciada pelo paciente, quanto ao eu corporal e psíquico. Na desrealização o paciente vive uma sensação de estranheza em relação ao mundo - o ambiente e as pessoas parecem estranhos, diferentes, ou são percebidos como tendo características diferentes da original. Na despersonalização há uma sensação de perda ou alteração do próprio eu, sentindo que algo se transforma em si mesmo e com a sensação de que se está enlouquecendo, o que gera uma perplexidade extremamente angustiosa, inclusive com perda da familiaridade do paciente com seu próprio corpo. São situações que podem acontecer tanto nas psicoses (tóxicas, primeiros episódios e ou episódios de reagudização esquizofrênica, graves depressões), quanto em transtornos de ansiedade (ansiedade aguda e transtornos do pânico).

#### 2. AFETIVIDADE

A afetividade encontra-se presente em todos os sentimentos (emoções e humor) denotando repercussão no psiquismo em geral e na fisiologia da pessoa. De acordo com a vivência do momento, o estado afetivo da pessoa pode ser observado pela reação emocional, manifestada por alterações fisiológicas ou somáticas, como sudorese, palidez, dispnéia, rubor etc.

Afetividade é uma terminologia genérica que designa modalidades de vivências: humor (estado de ânimo), sentimentos, emoções e paixões:

Humor – ou estado de ânimo é o tônus afetivo básico da pessoa em um determinado momento, de forma a ampliar ou diminuir o impacto das experiências cotidianas reais. Pode ser vivido corporalmente, tem relação com a o colorido que se dá à vida psíquica momentânea.

Sentimentos – são estáveis, duradouros, complexos, mais profundos, menos instintivos e menos reativos a estímulos do momento – amor, ódio, amizade, ciúme, insegurança, alegria, felicidade, tristeza, rancor, vingança, crueldade, desprezo etc.

*Emoções* – agudas, intensas, manifestadas pelo momento vivencial da pessoa, de curta duração, representativa de aspectos de seu temperamento – apre-

senta manifestações psicofisiológicas (motoras, hormonais, viscerais, vasomotoras) de susto, medo, pânico, raiva, cólera, irritação, agressividade, prazer, simpatia, antipatia, mal-estar, insatisfação etc.

Paixões – estados emocionais de grande intensidade, dirigidos a um só foco, com exclusão e/ou inibição de outros interesses.

Ansiedade – é uma inquietação interna desagradável, desconfortável, com apreensão negativa quanto ao futuro, por causa externa ou interna. Apresenta-se como manifestações somáticas (dispnéia, taquicardia, tensão muscular, sudorese, tontura etc.) e psíquicas (desconforto mental, apreensão, sensação desagradável não controlada).

Angústia – define a condição humana – sensação de aperto no peito e garganta, compressão. Tem conotação mais corporal e mais relacionada ao passado.

<u>Alexitimia</u> – incapacidade que o paciente tem em expressar seus sentimentos diante de qualquer situação. O paciente comunica os fatos e as conseqüências objetivas, mas nunca o que sente diante deste fato. Esta incapacidade de verbalização pode contribuir para alterações fisiopatológicas que levariam às doenças psicossomáticas.



Durante a anamnese observar o humor: ansioso, simpático, alegre, triste, eufórico, irritado, excitado, contido, apático, assustado, culpado, desesperado, ambivalente, incongruente, apático, embotado.

Equilíbrio afetivo:

- Eutimia ou normotimia equilíbrio do humor;
- Hipotimia rebaixamento do tônus afetivo geral;
- Hipertimia aumento do tônus afetivo geral.

Estabilidade: estável; lábil ou instável; cíclico.

# III. PLANO VOLITIVO

# 1. VONTADE

Representa o livre-arbítrio, a capacidade da pessoa de autodeterminar-se e relaciona-se às esferas instintiva, afetiva e intelectiva – avaliar, julgar, analisar, decidir. "Querer ou não querer fazer algo" caracterizam a vontade humana, o que se realiza em íntima conexão com razões intelectuais e/ou inconscientes, motivos, influências afetivas várias, que são capazes de dar um colorido pessoal à decisão de determinada ação. A capacidade de exercer plenamente o ato volitivo é denominada pragmatismo. Hipo ou apragmatismo se traduz pela incapacidade de realiza-

ção de ações volitivas/psicomotoras de pouca complexidade (higiene pessoal) ou produtiva (tarefas profissionais).

As principais alterações da vontade são:

«Hipobulia/abulia – diminuição ou abolição da vontade (desanimado, sem capacidade de atividades espontâneas). Não é sinônimo de apatia, pois esta é mais ligada a uma falta de sentimento ou indiferença afetiva.

Atos impulsivos – atitudes impensadas e incontroláveis, sem deliberação e decisão prévias, sem percepção da sua inadequação. Baixa capacidade de tolerância às frustrações. É alteração do ato voluntário.

Atos compulsivos – reconhecidos pela pessoa como indesejáveis, inadequados, e pode haver tentativa de adiá-los e alívio ao realizá-los. Podem ser tentativas de neutralizar pensamentos ruins, de contaminação, eróticos. Há desconforto subjetivo, que cessa com a compulsão e retorna após.

Atos impulsivos e compulsivos podem ser auto e heteroagressivos, ligados ao desejo e comportamento sexual, à ingestão de drogas e alimentos, a comprar, e à cleptomania.

Outras alterações da vontade, de maior importância nos exames clínicos psiquiátricos, são: negativismo,

automatismo, obediência automática, ecopraxia, ecolalia, ecomimia, ecografia.

# 2. PSICOMOTRICIDADE

É a etapa final da execução do ato volitivo, tendo relação com áreas motoras do córtex que dão origem à atividade voluntária. As alterações da psicomotricidade são de origem neurológica e psíquica.

ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS: piramidais, extrapiramidais, cerebelares e medulares.

ALTERAÇÕES NEUROPSÍQUICAS da psicomotricidade: agitação, inibição e estupor.

Agitação psicomotora (cotidiana em prontos-socorros e hospitais gerais) – exaltação da atividade motora com hostilidade e heteroagressividade. Tem causas diversas: quadros psicóticos – intoxicação/abstinência por drogas, inquietação histeroconversiva e ansiosa, quadros psicorgânicos, demenciais e oligofrênicos.

Lentificação/inibição psicomotora – bradipsiquismo – atividade voluntária lenta, arrastada, perda da capacidade de resposta motora compatível com a solicitação, sem déficit motor ou paralisias, primariamente.

Estupor – ausência de toda atividade voluntária, incluindo comunicação verbal, alimentação espontânea,

anciação do miver de competencia.

Tiques – contrações de grupos musculares de forma repetitiva, impulsiva, estereotipada. A forma mais exagerada é a Sindrome de Giles de la Tourrete.

Conversão – parestesias, paralisias, anestesias, contraturas musculares abruptas de origem psicogênica, resultantes de conflitos psíquicos geralmente interpessoais e em pessoas histriônicas.

Outras – estereotipias (repetição automática de atos motores complexos), catalepsias (exagero do tônus postural com grande redução da mobilidade), maneirismo (movimentos bizarros com objetivos desconexos próprios do paciente).

Durante o exame clínico observar a forma de comunicação verbal e não-verbal, gesticulação, mímica facial, tipo de inibição/agitação psicomotora, tiques, movimentos involuntários, agressividade.

\*

Entrevistas com crianças e adolescentes devem ser realizadas de acordo com as orientações das respectivas especialidades, pelas diferenças óbvias que existem nestes pacientes.

Ao término da anamnese, que deve ter descrição detalhada dos sintomas, devemos fazer um resumo da observação psiquiátrica, denominado súmula PSICOPATOLÓGICA, para facilitar a compreensão do estado do paciente.

#### Leitura recomendada:

BASTOS, C. L. Exame psíquico: uma introdução prática à psicopatologia. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, 2000.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B.J. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LOUZĂ NETO & COLS. Psiquiatria básica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MIRANDA-SÁ JR, L. S. Psicopatologia e propedêutica. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.

MIRANDA-SÁJR, L. S. Compêndio de psicopatologia & semiologia psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed, 2001.

NOBRE DE MELO, A. L. *Psiquiatria*. v. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

PAIM, I. Curso de psicopatologia. São Paulo: Grijalbo, 1975.