

EXAME PSÍQUICO

(Juliane Batista Longatti)

1 - Aspectos Gerais:

- APARÊNCIA: modo do paciente de andar, roupas, adornos e maquiagem, higiene pessoal, cabelos alinhados ou em desalinho, sinais ou deformidades físicas importantes, idade aparente, as expressões faciais e o contato visual
- POSTURA: ativa/excessivamente ativa/passiva (paciente apático, indiferente)
- COMPORTAMENTO E ATIVIDADE PSICOMOTORA: maneirismos, tiques, gestos, contrações musculares, comportamento estereotipado, ecopraxia (repete ações do examinador), hiperatividade, agitação, combatividade, flexibilidade, rigidez, andar, agilidade, atitudes inquietas, retardos motores, atividades sem propósito
- ATITUDES GLOBAIS:
 - Cordial
 - Cooperativa
 - Afetada (modo de falar, gesticular e andar muito teatral e artificial)
 - Amaneirada (comportamento caricatural – ex: chama o examinador de vossa-excelência)
 - Desinibida (fala como se conhecesse o examinador há anos)
 - Inibida/contida (não encara o examinador, demonstra estar pouco à vontade, se segura para não falar)
 - Manipuladora (tenta obrigar o entrevistador a fazer o que ele quer, com chantagens, indiretas ou ameaças)
 - Não-cooperante (não colabora com solicitações básicas da entrevista)
 - Oposicionista/negativista (recusa-se a participar da entrevista, se opõe a tudo que solicitam)
 - Perplexa (assustado, parece não entender o que está acontecendo)
 - Dissimuladora (tenta ocultar sintomas ou fatos)
 - Simuladora (tenta simular sintomas ou problemas que aparentemente não tem)
 - Evasiva (evita responder perguntas, dá respostas muito gerais e inespecíficas)
 - Esquiva (não deseja contato social)
 - Expansiva (fala alto, comporta-se como se fosse muito importante)
 - Gliscróide/grudenta (difícil encerrar a conversa, quer atenção na sua prolixidade)
 - Hostil/beligerante (provoca, irrita, parece querer confronto)
 - Reivindicativa (exige, de forma insistente, aquilo que se julga ser de seu direito, mesmo que seja inadequado)
 - Submissa (atende passiva e imediatamente, sem questionar, todas as solicitações do entrevistador)

- Quelerante (discute ou briga com o examinador por sentir ofendido ou prejudicado)
- Jocosos (faz piadas – mania)
- Irônica (piadas e tom de voz refletem sua arrogância e agressividade)
- Lamuriosa/queixosa (queixa-se o tempo todo do seu sofrimento e demonstra autopiedade)
- Dramática/teatral (hiperemocionalidade – histeria)

- Reação de último momento (após intenso negativismo, paciente começa a cooperar)
- Arrogante
- Confusa
- Deprimida
- Desconfiada, suspicaz
- Indiferente
- Sedutora
- Pueril (comporta-se como criança)

2 - Nível de Consciência:

2.1 - ALTERAÇÕES QUANTITATIVAS:

- *Obnubilação/sonolência:* O paciente tende a cair em sono quando não estimulado. Às vezes é necessário falar alto ou tocá-lo para que compreenda uma pergunta.
- *Confusão:* embotamento do sensório, dificuldade de compreensão, atordoamento e perplexidade, juntamente com desorientação, distúrbios das funções associativas e pobreza ideativa. O paciente demora a responder aos estímulos e tem diminuição do interesse no ambiente. A face de um doente confuso apresenta uma expressão ansiosa, enigmática e às vezes de surpresa. É um grau mais acentuado que a obnubilação.
- *Estupor:* ausência ou profunda diminuição de movimentos espontâneos, mutismo. O paciente somente responde a estímulos vigorosos, após os quais retorna ao estupor.
- *Coma:* há abolição completa da consciência; o paciente não responde mesmo aos estímulos externos (dolorosos) ou internos (fome, frio, necessidades fisiológicas, outros).
- *Hiperalerta:* estado no qual o paciente encontra-se ansioso, com hiperatividade autonômica e respostas aumentadas aos estímulos. Pode ocorrer em consequência ao uso de drogas (anfetaminas, cocaína), abstinência (benzodiazepínicos) ou no estresse pós-traumático.

2.2 - ALTERAÇÕES QUALITATIVAS: estreitamento de campo (abarca conteúdo menor que o normal, está restrita a determinadas vivências – ideias, afetos, imagens. Outras vivências internas e grande parte do estímulo externo torna-se inacessíveis à consciência. Perde-se a capacidade de reflexão.)

3 – Atenção: (Direção da consciência)

3.1 - TENACIDADE: capacidade do indivíduo de fixar sua atenção sobre determinada área ou objeto – hipotenaz, normotenaz, hipertenaz

3.2 - VIGILÂNCIA: qualidade da atenção que permite ao indivíduo mudar seu foco de um objeto para outro – hipovigil, normovigil, hipervigil

- *Hipoprosexia:* diminuição global da atenção (perda da capacidade de concentração, com fatigabilidade aumentada, que dificulta a percepção de estímulos ambientais e compreensão)
- *Aprosexia:* total abolição da capacidade de atenção
- *Hiperprosexia:* estado de atenção exacerbada (detém-se indefinidamente sobre certos objetos, com a inibição de tudo mais)
- *Distração:* superconcentração ativa sobre determinados objetos (é normal)
- *Distraibilidade:* instabilidade e mobilidade da atenção voluntária (patológico)

4 - Orientação alo e autopsíquica (Avaliação da orientação é um instrumento valioso para verificação de perturbações do nível de consciência)

4.1 – AUTOPSÍQUICA: orientação do indivíduo em relação a si mesmo, revela se o sujeito sabe quem é: nome, idade, data de nascimento, profissão, estado civil...

4.2 – ALOPSÍQUICA: capacidade de orientar-se em relação ao mundo (no tempo e espaço)

- *Orientação no espaço:* perguntar ao paciente se ele sabe onde está (Instituição, andar, bairro, cidade, estado, país. Verificar se o paciente sabe o tipo de lugar, o nome do lugar e onde se situa este lugar) e a distância do local para sua casa.
- *Orientação temporal:* hora do dia, o dia da semana, o dia do mês, o mês, a época do ano e o ano. Pode avaliar a noção que o paciente tem da duração dos eventos e da continuidade temporal (Há quanto tempo está neste local? Há quanto tempo não

trabalha? Há quanto tempo não me vê?) (Temporalidade é uma função que exige maior desenvolvimento cognitivo. Mais rapidamente prejudicada pelos transtornos mentais.)

- Desorientação ocorre nesta ordem: tempo → espaço → em relação a si mesmo

5 – Memória: (fixação e evocação)

5.1 - CLASSIFICAÇÃO PELO TEMPO:

- *Memória imediata/de curtíssimo prazo:* poucos segundos a 1-3min
- *Memória recente/curto prazo:* poucos min a 6h (Há quanto tempo está internado? Onde estava ontem, no mês passado, ano passado? O que comeu ontem? Quem sou eu e qual meu nome?....)
- *Memória remota/longo prazo:* meses a muitos anos (Estado civil, quando se casou, nome do cônjuge, cidade que casou, filhos, idade, nomes, onde nasceu, pais, nomes, idade, escola e faculdade, como era a cidade na sua infância, nome dos últimos presidentes...)

5.2 - CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO SISTEMA CEREBRAL ENVOLVIDO:

- *Memória de trabalho:* pedir para pegar folha com mão direita, dobra ao meio e colocar no chão. Todas as condições que afetam regiões pré-frontais causam alterações da memória de trabalho (demência vascular, Alzheimer, esclerose múltipla, TCE, esquizofrenia, TDAH, TOC)
- *Memória episódica:* recordação consciente dos fatos reais (tipo de memória explícita e declarativa). Perda desta memória obedece a lei de Ribot – perdem-se primeiro elementos recentemente adquiridos e depois os mais antigos. Lesões em regiões da face medial dos lobos temporais (hipocampo e córtex entorrinal e perirrinal) – Alterada na SD de Wernicke-Korsakoff, demência de Alzheimer avançada, demência frontotemporal. Para testar: contar uma pequena história ao paciente e alguns minutos após pedir que ele a recorde; perguntar se o paciente tem dificuldade para lembrar onde guarda objetos.
- *Memória semântica:* componente da memória de longo prazo que inclui os conhecimentos de objetos, fatos, operações matemáticas, palavras e seu uso. Depende das regiões inferiores e laterais dos lobos temporais. Para testá-la pedir para paciente nomear objetos ou falar o maior número de animais em um minuto. - Alterada na Doença de Alzheimer. Pode estar alterada no TCE, AVCs, encefalites ou lesões cirúrgicas.

5.3 - ALTERAÇÕES PATOLÓGICAS QUANTITATIVAS:

- *Amnésia anterógrada*: indivíduo não consegue mais fixar elementos mnêmicos a partir do evento que lhe causou dano cerebral
- *Amnésia retrógrada*: indivíduo perde a memória para fatos ocorridos antes do início da doença/trauma

5.4 - ALTERAÇÕES PATOLÓGICAS QUALITATIVAS:

- *Ilusões mnêmicas*: acréscimos de elementos falsos a um núcleo verdadeiro de memória, a lembrança adquire um caráter fictício. (esquizofrenia, paranóia, histeria grave, transt. personalidade borderline/histriônica/esquizotípica).
- *Alucinações mnêmicas*: criações imaginativas com aparência de lembranças que não correspondem a qualquer lembrança verdadeira (esquizofrenia).
- *Confabulações*: elementos da imaginação do doente completam artificialmente as lacunas de memória, produzidas em geral por déficit da memória de fixação. O paciente não tem intenção de mentir ou enganar o entrevistador. A confabulação pode ser induzida perguntando ao doente se ele se lembra de um encontro há dois anos atrás, em um bar perto da sua casa. São chamadas fabulações de embaraço. Difere das ilusões e alucinações mnêmicas, pois estas não podem ser induzidas (SD de Korsakoff – deficiência de tiamina – B1).
- *Pseudologia fantástica (mentira patológica)*: histórias e construções fantasiosas extensas e geralmente mescladas com a realidade, vividas com tanta intensidade que o sujeito crê nelas (alteração do juízo de realidade).
- *Falso reconhecimento*: paciente que identifica alguém estranho como se lhe fosse familiar.

6 – Linguagem:

- Bradilalia: fala muito devagar, forma lenta e difícil (quadros depressivos; estados demenciais; esquizofrenia com sintomas negativos).
- Taquilalia: produção aumentada e acelerada
- Logorréia: tem taquilalia, com um fluxo incessante de palavras associado a taquipsiquismo e pode haver perda na lógica do discurso.
- Pressão para falar: paciente sente pressão incoercível para falar, mesmo tentando não conseguir parar de falar (mania).
- Latência de resposta: demora para responder.
- Solilóquio: gesticula/fala sozinho.

- Loquacidade: aumento na fluência verbal sem qualquer prejuízo lógico do discurso.
- Mutismo: ausência de resposta verbal oral.
- Perseveração e estereotipia verbal: repetição automática de palavras ou frases de modo estereotipado, mecânico e sem sentido (lesões orgânicas em área pré-frontal).
- Ecolalia: repetição da última/últimas palavras do entrevistador (esquizofrenia catatônica e quadros orgânicos).
- Palilalia: repetição automática e estereotipada da última palavra que o próprio paciente falou (quadros demenciais).
- Logoclonia: repetição automática da última sílaba que o próprio paciente disse (quadros demenciais).
- Tiques verbais: reprodução de sons guturais, abruptos de forma recorrente, imprópria e irreversível (transtorno de Tourette).
- Coprolalia: emissão involuntária e repetitiva de palavras obscenas (transtorno de Tourette).
- Verbigerção: repetição, de forma monótona e sem sentido comunicativo de palavras, sílabas ou frases (esquizofrenia).
- Mussitação: produção repetitiva de uma voz muito baixa, murmurada sem significado comunicativo, paciente fala para si (esquizofrenia).
- Glossolalia: sons que não tem o menor sentido imitando uma fala normal.
- Para-respostas: ex: Pergunta: - Onde você mora? Resposta: - O dia está muito quente.

- *Neologismos*: invenção de novas palavras
- *Salada de palavras/jargonofasias*: palavras e frases sem sentido, com fluxo verbal desorganizado e caótico

- *Características do discurso*:

- Volume: alto ou baixo
- Tom: agudo ou grave
- Fala: fluente ou não fluente

- Afasia: perda da capacidade de compreender a fala ou comunicar-se usando a linguagem

- Afasia não fluente (Broca): compromete expressão (sabe o que quer dizer, mas não consegue pronunciar as palavras da maneira que deseja)
- Afasia fluente (Wernicke): compromete recepção (fala fluente, ou logorreia, que não faz sentido para quem ouve, embora a pessoa acredite estar falando corretamente)

7 – Inteligência:

É importante coletar informações sobre o desenvolvimento e rendimento escolar do paciente: idade de ingresso na escola, se repetiu algum ano, dificuldades em matérias específicas, dificuldade de leitura e escrita, quando parou os estudos, por que motivo (se por dificuldade em acompanhar). Para avaliar ("grosseiramente") o rendimento intelectual, pode-se questionar a capacidade do paciente de adaptar-se ao meio e a novas situações, aprender com a experiência, desenvolver atividades coerentes com um objetivo, utilizar pensamento abstrato (incluindo conceitos abstratos, como liberdade, amor) e resolver problemas do cotidiano.

A inteligência pode ser inferida através do desempenho intelectual durante o exame e através de perguntas como: o troco em dinheiro para 6,37 quando se deu 10,00; multiplicar 2x12; 2x24; 2x48; 2x96; distância aproximada entre duas capitais; nome do presidente do país e os últimos dois que o antecederam; informações sobre programas populares de televisão ou esportes. Além disso, é possível avaliar os conhecimentos gerais com perguntas sobre geografia ou fatos relevantes da história, estando-se sempre atento ao nível cultural do paciente. A capacidade de abstração deve ser avaliada através da solicitação de interpretação de provérbios e metáforas.

- *Deficiência intelectual*: atraso ou insuficiência de desenvolvimento intelectual, com interferência no desempenho social e ocupacional. É classificado como leve, moderada, grave e severa. (Obs: DSM 5 não considera QI para diagnóstico de DI)
- *Demência*: deterioração global e orgânica do funcionamento intelectual sem alteração no nível de consciência. Frequentemente é acompanhada de: distraibilidade; déficit de memória; dificuldade em cálculos; alteração no humor e afeto; prejuízo no julgamento e abstração; e dificuldades com a linguagem.

Grau retardo	QI	Idade mental	Nível escolar	T. associados
Limítrofe (não é DI)	70 -84	-	Até ensino médio	Dificuldade de comportamento em ambiente escolar
DI leve	50-69	9-12 anos	6ª-7ª série	Transt conduta Autismo
DI moderado	35-49	6-9 anos	2ª série	Transt conduta Autismo
DI grave	20-34	3-6 anos	Não consegue frequentar	Déficits motores e sensoriais,

			escola	epilepsia
DI profunda	Menor que 20	Menos de 3A	Não consegue frequentar escola	Déficits motores e sensoriais, epilepsia

8 – Humor: tônus afetivo basal (“a pilha”)

- *Humor*: tonalidade de sentimento predominante, e mais constante, que pode influenciar a percepção de si mesmo, e do mundo ao seu redor.

- *Afeto*: experiência da emoção subjetiva e imediata, ligada a ideias ou representações mentais e que pode ser observada pelas suas manifestações objetivas: alegre, triste, embotado, expansivo, lábil, inapropriado.

Humor se refere à emoção predominante, mais constante, enquanto afeto é a sua expressão, o que se observa, sendo mais flutuante. O normal, para qualquer tipo de afeto, é que ocorra uma variação na expressão facial, tom de voz e gestos, denotando um espectro de intensidade na emoção expressada (de superficial a profunda). Da mesma forma, é normal que ocorram variações no humor.

8.1 - ALTERAÇÕES QUANTITATIVAS:

- Hipertimia – humor elevado
- Eutimia – normal
- Hipotimia – humor rebaixado

8.2 - ALTERAÇÕES QUALITATIVAS:

- Distímia: alteração básica do humor, tanto para inibição quanto para exaltação
- Disforia: irritação, amargura, desgosto, agressividade
- Euforia: humor morbidamente exagerado, alegria patológica
- Elação: euforia + expansão do Eu, sensação subjetiva de poder e grandeza
- Puerilidade: indivíduo ri ou chora por motivos banais, sua vida afetiva é superficial, sem afetos, consistentes e duradouros
- Irritabilidade patológica: hiperreatividade desagradável, hostil, agressiva a estímulos do exterior

9 – Afeto:

– Resposta emocional atual, inferida a partir de sua expressão facial, quantidade e variedade de comportamentos expressivos

- *Adequação do Afeto*: se é congruente ou não com o humor (paciente deprimido que expressa felicidade = incongruência)

- *Sintonia*: capacidade de adequar ao ambiente (ex: ir ao velório e rir = não tem sintonia)

- *Irradiação*: capacidade de irradiar afeto (ex: paciente triste que te passa tristeza)

9.1 - ALTERAÇÕES QUANTITATIVAS: (como responde aos estímulos)

- Hipermodulado
- Normomodulado
- Hipomodulado

9.2 - ALTERAÇÕES QUALITATIVAS:

- *Apatia*: diminuição da excitabilidade emotiva e afetiva. Paciente queixa-se de não poder sentir nem alegria nem tristeza...nada (quadros depressivos).
- *Inadequação do afeto ou paratimia*: reação incongruente com situações existenciais ou determinados conteúdos ideativos.
- *Pobreza de sentimentos e distanciamento afetivo*: perda progressiva das vivências afetivas (sd psicoorgânicas/demências/esquizofrenia).
- *Embotamento afetivo*: perda profunda de todo o tipo de vivência afetiva
- *Sentimento de falta de sentimento*: incapacidade de sentir emoções, difere da apatia, pois causa muito sofrimento ao paciente.
- Anedonia – incapacidade total ou parcial de sentir prazer
- *Indiferença afetiva (belle indifference)*: frieza afetiva diante dos sintomas que o paciente apresenta, comum nos quadros de histeria.
- *Labilidade afetiva e incontinência afetiva*: ocorrem mudanças súbitas e imotivadas de humor. Oscila de forma abrupta, rápida e inesperada. Não consegue conter de forma alguma as reações afetivas (depressão/mania/estados graves de ansiedade/esquizofrenia/SDs psicoorgânicas).
- *Ambivalência afetiva*: sentimentos opostos em relação ao mesmo estímulo ou objeto

10 – Psicomotricidade:

- Agitação psicomotora
- Lentificação psicomotora
- Inibição psicomotora: estado acentuado e profundo de lentificação, com ausência de respostas motoras adequadas, sem que haja paralisia ou déficit motor primário.
- Estupor: perda de toda atividade espontânea, com nível de consciência aparentemente preservado e capacidade sensório motora de reagir ao ambiente.

11 - Controle de impulsos:

- *Ato impulsivo:*
 - abolição abrupta das fases de intenção, deliberação e decisão;
 - egossintônico (indivíduo não percebe tal ato como inadequado, não tenta evitá-lo ou adiá-lo);
 - associado a impulsos patológico ou à incapacidade de tolerância à frustração.
- *Ato compulsivo:*
 - desconforto subjetivo pelo indivíduo;
 - egodistônico (são indesejáveis);
 - tem tentativa de resistir;
 - tem sensação de alívio após realização, logo substituído pelo desconforto subjetivo;
 - muito frequente estão associados a ideias obsessivas
- *Negativismo ativo:* paciente faz o oposto do solicitado
- *Negativismo passivo:* paciente não faz nada quando solicitado

12 – Volição:

- Hipobulia/abulia – diminuição ou abolição da atividade volitiva

13 – Pensamento: (curso, forma e conteúdo)

- *Curso* – modo como o pensamento flui, velocidade e ritmo ao longo do tempo
- *Forma* – estrutura básica
- *Conteúdo* – tema predominante

13.1 - ALTERAÇÕES DE CURSO:

- *Aceleração do pensamento*: pensamento flui de forma muito acelerada (mania, esquizofrenia, ansiedade intensa e psicoses tóxicas).
- *Lentificação do pensamento*: pensamento progride lentamente, latência de resposta (depressões graves, rebaixamento do nível de consciência, intoxicação por sedativos, quadros psicoorgânicos).
- *Bloqueio do pensamento ou interceptação*: paciente para de forma brusca um relato, sem qualquer motivo aparente (esquizofrenia).
- *Roubo do pensamento*: associada a bloqueio do pensamento, indivíduo tem a nítida sensação de que seu pensamento foi roubado de sua mente por alguma força, máquina, antena...É um tipo de vivência de influência (esquizofrenia).

13.2 - ALTERAÇÕES DA FORMA:

- *Fuga de idéias*: alteração secundária a aceleração do pensamento. Uma ideia segue outra de forma extremamente rápida, perturbando as associações lógicas entre juízos e conceitos. Associações entre palavras deixa de seguir uma lógica e passam a ocorrer por assonância (cor...flor...calor...) ou as ideias se associam a estímulos do ambiente (quadros maníacos).
- *Dissociação do pensamento*: pensamentos passam progressivamente a não seguirem uma sequência lógica e bem organizada (esquizofrenia).
- *Afrouxamento das associações*: associações mais livres, não tão bem articuladas.
- *Descarrilhamento do pensamento*: pensamento extravia seu curso normal, associado a marcante distraibilidade (esquizofrenia, mania).
- *Desagregação do pensamento*: profunda e radical perda dos enlaces associativos, total perda da coerência do pensamento (esquizofrenia).

Afrouxamento → Descarrilhamento → Desagregação

13.3 - ALTERAÇÕES DE CONTEÚDO:

- | | |
|-----------------|--------------------------|
| • Persecutórios | • Grandeza/poder/riqueza |
| • depreciativos | • De ruína/culpa |
| • Religiosos | • Hipocondríacos |
| • Sexuais | |

14 – Sensopercepção:

14.1 – ILUSÃO: percepção deformada, alterada, de um objeto real e presente.

Ocorre em 3 condições:

- 1 – Estados de rebaixamento do nível de consciência
- 2 – Fadiga grave ou falta de atenção marcante (ilusões transitórias)
- 3 – Alguns estados afetivos que por sua acentuada intensidade o afeto deforma o processo de sensopercepção, gerando as ilusões catatímicas.

14.2 – ALUCINAÇÕES: percepção de um objeto, sem que este esteja presente, sem estímulo sensorial respectivo.

- **Auditivas:** mais comuns em quadros mentais. Alucinações audioverbalis – paciente escuta vozes sem qualquer estímulo real. Podem ser vozes de comando (ordenam que o paciente faça alguma coisa) ou vozes que comentam a ação (comentam as atividades corriqueiras)

Fenômenos próximos das alucinações auditivas, característicos da esquizofrenia são:

- Sonorização do pensamento: paciente reconhece claramente que está ouvindo os próprios pensamentos e escuta-os no exato momento em que pensa.
- Sonorização de pensamentos como vivência alucinatório-delirante: indivíduo ouve pensamentos que foram introduzidos em sua cabeça por alguém estranho.
- Publicação do pensamento: sensação de que as pessoas ouvem o que ele pensa, no exato momento em que está pensando.

→ Tem observado coisas que não consegue explicar? Ouvido vozes de pessoas estranhas? Ouve vozes sem saber de onde vem? Vem de dentro da cabeça ou de fora do corpo? O que dizem?

- **Visuais:** mais comuns em quadros neurológicos. Pode ocorrer na Demência dos Corpos de Lewy; delirium; esquizofrenia; demência vascular; doença de Parkinson com demência

→ Tem algo estranho que lhe chamou a atenção? Visões? Tem visões a noite ou de dia? Apenas quando está acordando ou adormecendo?

- **Táteis:** esquizofrenia, quadros histéricos, *delirium tremens*, psicoses tóxicas (cocaína).
- **Gustativas e olfativas**
- **Alucinações cenestésicas:** sentir o cérebro encolhendo (em relação as víceras do corpo).
- **Alucinações cinestésicas:** sentir o corpo afundando (em relação aos movimentos do corpo).
- **Alucinoses:** o paciente percebe que tal alucinação é estranha, é imediatamente criticada pelo sujeito, reconhecendo seu caráter patológico. Mais frequente em quadros psico-orgânicos.

15 – Juízo de realidade:

- Alterações de juízo de realidade são alterações do pensamento

- Alterações patológicas do juízo de realidade:

- IDEIAS PREVALENTES OU SOBREVALORADAS: ideias que, por conta da importância afetiva que tem para o indivíduo, adquirem predominância enorme sobre os demais pensamentos. “Não consigo pensar em outrascoisa”. É diferente de ideias obsessivas, pois são egossintônicas, aceitas pelo indivíduo que a produz. Fazem sentido para o paciente.
- DELÍRIOS: juízos patologicamente falsos

Características:

1. Convicção extraordinária: não se pode colocar em dúvida a veracidade do delírio;
2. É irremovível: é impossível a modificação do delírio pela experiência objetiva, por provas, argumentos lógicos;
3. Quase sempre é um juízo falso, seu conteúdo é impossível;
4. É de um só homem, não é produzido nem compartilhado por grupos religiosos, políticos, culturais.

Dimensões: (servem como indicadores de sua gravidade)

1. Grau de convicção: é mais marcante na esquizofrenia e menos intensa nas psicoses reativas breves, transtornos de humor com sintomas psicóticos.

2. Extensão: extensão que as ideias delirantes envolvem diferentes áreas da vida do paciente. Uma maior extensão é observada na esquizofrenia, seguida de depressão psicótica, transtornos delirantes, psicoses reativas breves.
 3. Bizarrice ou implausibilidade: quanto seu delírio se distancia da realidade consensual.
 4. Desorganização: até que grau as ideias delirantes têm lógica própria e em que grau são sistematizadas. Mais organizados são observados nos transtornos delirantes e paciente psicóticos com inteligência mais preservada.
 5. Pressão ou preocupação: quanto o paciente está preocupado e envolvido com suas crenças delirantes. É mais acentuada em pacientes com transtornos delirantes, seguidas dos esquizofrênicos e depressão psicótica.
 6. Resposta afetiva ou afeto negativo: quanto as crenças delirantes abalam ou tocam o paciente, o quanto ele fica assustado, ansioso, triste ou irritado. O afeto negativo é mais marcante nos pacientes com depressão psicótica e transtorno delirante.
 7. Comportamento desviante: o quanto o paciente age em função do seu delírio e em que medida ele pratica atos estranhos, perigosos ou inconvenientes a partir do seu delírio.
- Os delírios podem ser congruentes ou incongruentes com o humor. Os delírios incongruentes com o humor parecem ter relação com pior evolução clínica. Ex: Congruente – paciente com depressão psicótica que tem o delírio de ruína. Incongruente – paciente com depressão psicótica que tem delírio de perseguição; paciente em mania que tem delírio de influência.

Surgimento e evolução do delírio:

Em geral, os delírios surgem após um período pré-delirante. Nesse período o paciente experimenta aflição e ansiedade intensas, sente como se algo terrível estivesse para acontecer. Pode durar horas ou dias. O humor delirante cessa quando começa o delírio, que aparece para o paciente como se fosse uma revelação – *“ah, então é isso, os vizinhos organizaram um complô pra me matar”*. Às vezes, após a revelação do delírio o paciente se acalma, como se tivesse encontrado uma explicação plausível para sua perplexidade.

Fases dos delírios propostas por Konrad (1992):

1. Trema: corresponde ao humor delirante, precede imediatamente o surgimento das ideias delirantes.
2. Apofania: quando o delírio se revela + anástrofe: quando o mundo se volta para o delirante.

3. Fase apocalíptica: desorganização do sujeito após a primeira revelação do delírio inicial. Podem surgir sintomas catatônicos, excitação motora e psíquica e vivências de alteração do Eu.
4. Consolidação: delírio tende a cristalizar, há certa elaboração intelectual em torno dele.
5. Fase de resíduo: fase final, perda do impulso e da afetividade manifesta, busca passiva ou ativa por certo isolamento.

- Perguntas para explorar o delírio:

- Perseguição: Você tem motivos para desconfiar de alguém? Alguém tentou prejudicá-lo? Recebeu ameaças...foi roubado...enganado? Alguém o persegue? Tem inimigos? Por quê? Trata-se de algum complô...armação...máfia? Como sua família em relação a você? Querem prejudicá-lo? Quando começou a perseguição? Você está certo do que me disse ou acha que é coisa da sua imaginação? Você não está enganado? Como pensa em se defender destes perigos?

- De referência: Observou se as pessoas falam de você quando conversam? Tem notado na rua ou em outro lugar se alguém te espia? Faz sinais quando você passa? Viu nos jornais ou na televisão algo a seu respeito? Como as pessoas fazem essas coisas? Quais são as intenções delas?

- Delírios de ciúmes: Você confia na sua esposa? Tem motivos para suspeitar da sua fidelidade? Tem provas que ela o enganou ou traiu? Como foi que começou? Como tem certeza que o traiu?

- Delírios depressivos/hipocondríacos: Tem pensamentos tristes ou negativos? Há algo que se arrepende? Fez mal a alguma pessoa? Culpam-no de algum crime? As pessoas reprovam ou condenam o seu comportamento? Acha que não poderá mais trabalhar e que sua família passará fome? Preocupa-se com sua saúde? Que partes do seu corpo estão doentes? Algo está errado com seu corpo? Alguma parte do seu corpo está estragada ou doente?

- Delírios de grandeza: sente-se forte? Tem algum talento ou habilidade especial? Tem projetos, realizações especiais para o futuro? Aumentou ultimamente a capacidade para o trabalho? Você é uma pessoa rica?

- Delírios religiosos: você é uma pessoa religiosa? Já teve contato ou recebeu influência de espíritos ou forças sobrenaturais? Você sente que tem uma relação especial com Deus? Já conversou com espíritos?

- Ideias obsessivas: há pensamentos ou ideias que surgem frequentemente em sua mente? Eles se repetem constantemente? De onde vem esses pensamentos? São seus

pensamentos? São desagradáveis? Quais são esses pensamentos? Você é capaz de se livrar deles? Você pratica rituais para atenuar estes pensamentos?

17 – Juízo de crítico e *insight*:

- Juízo crítico – possibilidade de “autoavaliar-se” adequadamente e ter uma visão realista de si mesmo, suas dificuldades e qualidades.
- *Insight* – compreensão do paciente sobre si mesmo, suas dificuldades, estado emocional, sua doença e as consequências desta sobre si, sobre pessoas que o cercam e sobre sua vida em geral.

18 - Consciência e valorização do Eu:

18.1 - CONSCIÊNCIA DE ATIVIDADE DO EU: consciência íntima de que todas as atividades psíquicas que ocorrem, é o próprio Eu que a realiza e presencia. No indivíduo normal, tudo o que o Eu faz é vivenciado como pertencente a esse Eu.

Alterações:

- *Alteração da consciência de existência:* suspensão da sensação normal do próprio Eu, corporal e psíquico, perda da consciência do sentimento do Eu. Doentes relatam que sentem modificados: “sou apenas uma máquina”; “sinto-me como um nada, como um morto”.
- *Alteração da consciência de execução:* o doente ao pensar ou desejar algo, sente que foi um outro que pensou ou desejou tais pensamentos e o impôs de alguma maneira. Passa a sentir possuído por um poder estranho, externo, inapreensível. Os pensamentos podem ser vivenciados como feitos ou impostos por alguém externo ou roubados, extraídos, arrancados do paciente – pensamentos feitos, pensamentos impostos, roubo do pensamento. A sensação de “algo feito” por força externa pode abarcar todos os tipos de atividade psíquica, como falar, fazer, caminhar, querer, os impulsos.

18.2 - CONSCIÊNCIA DE UNIDADE DO EU: o Eu é sentido como algo uno e indivisível. Na alteração de unidade do Eu o indivíduo se sente radicalmente dividido, sente-se anjo e demônio ao mesmo tempo, ou homem e mulher simultaneamente = ambivalência.

18.3 - CONSCIÊNCIA DA IDENTIDADE DO EU NO TEMPO: é a consciência de ser o mesmo na sucessão do tempo. Na alteração de consciência da identidade do Eu no tempo os pacientes relatam que não são a mesma pessoa que era antes do início da psicose.

18.4 - CONSCIÊNCIA DE OPOSIÇÃO DO EU EM RELAÇÃO AO MUNDO: é a percepção evidente da separação entre o Eu subjetivo e o espaço exterior. Na alteração dessa dimensão, o indivíduo sente que seu Eu se expande para o mundo exterior e não mais se diferencia deste. Ex: pode sentir-se transformado em um animal (transitivismo); vivência de publicação do pensamento, sonorização do pensamento (escuta o pensamento no momento em que pensa), eco do pensamento. Pode ocorrer nas psicoses (esquizofrenia), intoxicações por substâncias, fenômenos culturais.

19 – Desejo de ajuda e motivação para tratamento

SÚMULA PSICOPATOLÓGICA

- Consciência, atenção, vigilância, orientação, memória, linguagem, inteligência
(afetados nos transtornos psico-orgânicos)
- Humor, afeto, modulação do afeto, psicomotricidade, controle de impulsos
(afetadas em transtorno afetivos, neuróticos e de personalidade)
- Pensamento (curso, forma e conteúdo), juízo de realidade, juízo de morbidade, sensopercepção, consciência do eu
(afetada em transtornos psicóticos)

REFERÊNCIAS:

Kaplan, HI. & Sadock, B. Compêndio de Psiquiatria. 11ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2017.

Cordioli, A. V., Zimmermann, H. H., & Kessler, F. (2012). *Rotina de avaliação do estado mental*. Retrieved from <http://www.ufrgs.br/psiq/avalia1.html>

Dalgalarondo, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Cheniaux, E. Manual de Psicopatologia. 3ª edição. Guanabara Koogan, 2008.

