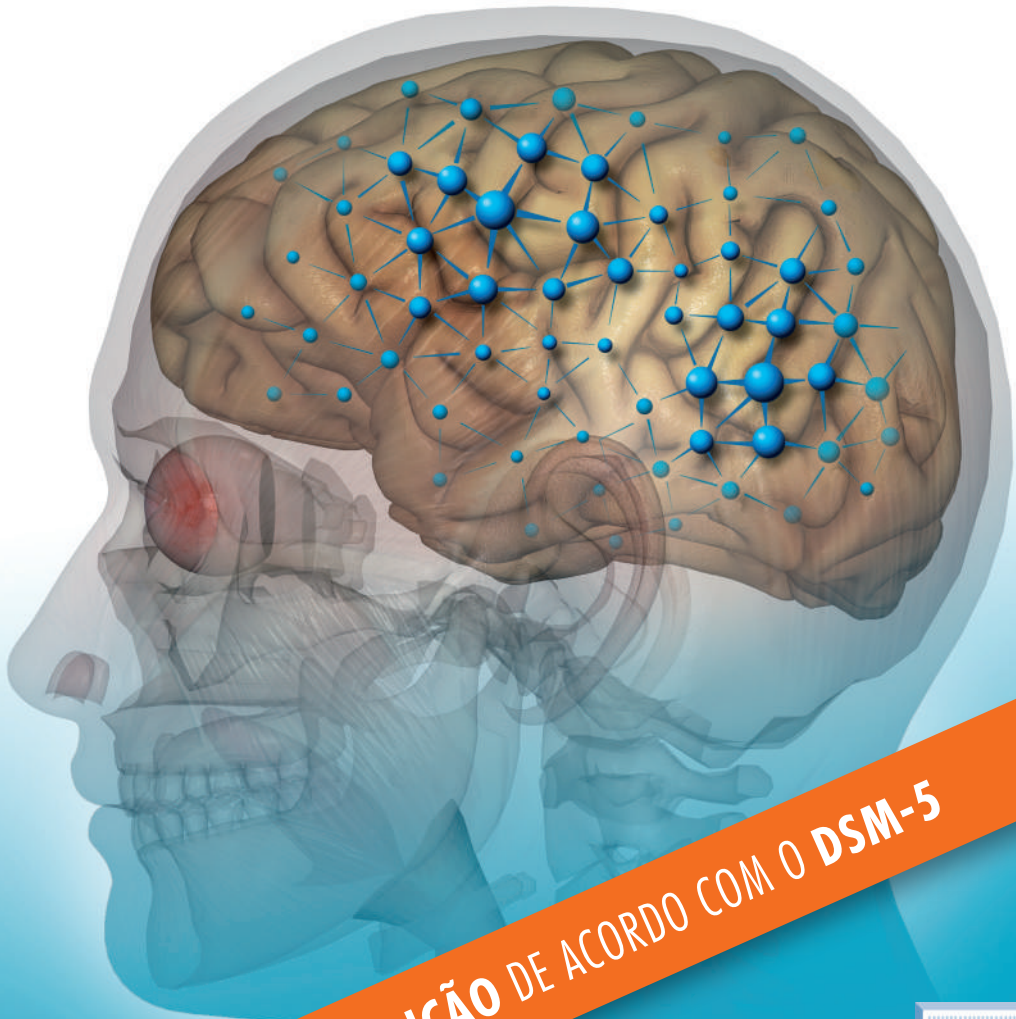


MANUAL DE **PSICO**PATOLOGIA

Coordenação:
DIOGO TELLES CORREIA



2.^a EDIÇÃO DE ACORDO COM O DSM-5



Índice

Lista de Autores	IX
Agradecimentos	XI
Prefácio.....	XIII
<i>José Luís Pio Abreu</i>	
Lista de Siglas/Abreviaturas	XV
I. Psicopatologia – passado, presente e futuro	1
<i>Diogo Telles Correia e Daniel Sampaio</i>	
Perguntas de revisão	15
II. Semiologia psicopatológica	19
<i>Diogo Telles Correia, Diogo Frasquilho Guerreiro e António Barbosa</i>	
Perguntas de revisão	92
III. Entrevista e história psiquiátricas	97
<i>Diogo Telles Correia e Marco Paulino</i>	
Perguntas de revisão	137
IV. Classificações em psiquiatria	141
<i>Cassilda Costa, Rui Coelho e Diogo Telles Correia</i>	
Perguntas de revisão	170
V. Alterações psicopatológicas nas perturbações mentais orgânicas ou induzidas por estados físicos gerais – o diagnóstico diferencial	175
<i>Joaquim Cerejeira e Luísa Lagarto</i>	
Perguntas de revisão	212
Soluções	215
Índice Remissivo	219

Lista de Autores

COORDENADOR/AUTOR

DIOGO TELLES CORREIA

Médico Especialista em Psiquiatria; Doutorado em Psiquiatria e Saúde Mental pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, onde é professor de Psiquiatria e de Psicopatologia; Médico do Departamento de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria (CHLN, EPE); Consultor do Centro de Transplantação Hepática do Hospital Curry Cabral (CHLN, EPE). Tem vários livros técnicos publicados, bem como dezenas de artigos em revistas internacionais de relevo.

AUTORES

ANTÓNIO BARBOSA

Médico Especialista em Psiquiatria; Diretor do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL); Coordenador do Núcleo de Psiquiatria de Ligação do Departamento de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria (CHLN, EPE); Professor de Psiquiatria da FMUL.

CASSILDA COSTA

Médica Especialista em Psiquiatria; Assistente Convidada de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

DANIEL SAMPAIO

Médico Especialista em Psiquiatria; Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

DIOGO FRASQUILHO GUERREIRO

Médico Psiquiatra; Doutorando e Assistente de Psiquiatria na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

JOAQUIM CEREJEIRA

Assistente de Psiquiatra no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE; Professor Auxiliar Convidado de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

LUÍSA LAGARTO

Médica Interna de Psiquiatria; Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

MARCO PAULINO

Médico Psiquiatra; Doutorado em Psiquiatria; Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Chefe de Serviço do Departamento de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria (CHLN, EPE).

RUI COELHO

Médico Especialista em Psiquiatria; Diretor do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP); Chefe de Serviço de Psiquiatria no Hospital de São João, (CHSJ, EPE). Professor Associado e Agregado de Psiquiatria da FMUP.

Prefácio

A cirurgia domina, hoje, a medicina, apesar de só ter entrado nos estudos médicos a partir do século XVII. O ponto de viragem deu-se após a publicação de *A sede e a causa das doenças demonstradas pela anatomia patológica*, por Morgagni, em 1761. A verificação e estudo da evolução das zonas anatómicas submetidas a uma alteração patológica facilitou imenso a terapêutica e o estudo das doenças humanas. Assim como a cirurgia se baseava na anatomia, a medicina baseava-se na dinâmica do funcionamento corporal humano, estudada pela fisiologia, e seus descontrolos patológicos, estudados pela fisiopatologia.

Quando a psiquiatria entrou nas escolas médicas, já no século XIX, a sua disciplina básica – a psicologia – era ensinada nas escolas de filosofia e mal aceite pelos médicos. Mas, à semelhança dos outros ramos, a psiquiatria necessitava de estudar os seus processos patológicos, de estabelecer a sua psicopatologia, digamos assim. Socorreu-se então da anatomia patológica e, mais recentemente, do condicionamento, uma subespecialização da fisiologia. Seria, porém, mais natural que fosse a psicologia a base da nova disciplina, e esse esforço foi feito por Théodule Ribot, um filósofo positivista (discípulo de Stuart Mill) cofundador e promotor da psicologia, que aconselhava os iniciados na nova disciplina a estudarem medicina, não com objetivos terapêuticos, mas apenas para melhor conhecerem o funcionamento do psiquismo a partir do que era diferente, seguindo a sugestão de Wundt. Foi sob esse desígnio que ele escreveu, entre 1881 e 1885, *Les maladies de la mémoire*, *Les maladies de la personnalité* e *Les maladies de la volonté*. Estes livros, bem como os trabalhos posteriores dos psicólogos associacionistas, marcaram profundamente, se não a psicopatologia, pelo menos a semiologia psiquiátrica.

Já com a sua disciplina reconhecida, mas com pouco que fazer senão acompanhar e observar os seus doentes, os psiquiatras dedicaram-se à descrição de diversas doenças e seus sintomas. Mas foi a partir do início do século XX que a nosologia psiquiátrica adquiriu algum consenso,

sob impulso de Kraepelin, por um lado, e de Freud, por outro. Qualquer destes autores e seus discípulos nos legariam minuciosas descrições sintomatológicas que, correlacionadas com as histórias clínicas dos doentes, permitiam algumas interpretações psicopatológicas. Elas tornaram-se então abundantes, mas sem uma coerência ou consensualidade que permitisse a fundação de uma disciplina autónoma ligada à patologia psiquiátrica. Foi neste estado de coisas que Karl Jaspers, um médico com sólida formação filosófica, passou pela psiquiatria e nos legou a sua *Psicopatologia geral*.

Em muitos aspetos, Jaspers aceitou a visão positivista da semiologia psiquiátrica e trabalhou sobre a quantificação da memória e inteligência, a que chamou rendimentos. Aceitou também a possibilidade de alguns sintomas e doenças se explicarem por modelos ou teorias diversas, reservando a designação de psicopatologia explicativa para esses nexos de causalidade. Mas a sua originalidade foi recorrer às noções filosóficas de intencionalidade e significação para estabelecer uma psicopatologia compreensiva, a que se tem atribuído uma raiz fenomenológica, não obstante a distinção entre “explicativa” e “compreensiva” ter sido retirada de Max Weber. A literatura anglo-saxónica, pouco familiarizada com a fenomenologia – aliás desconfiando dela –, traduziu psicopatologia compreensiva por psicopatologia descritiva. Esta diferença semântica retirou, porém, muita da riqueza conceptual de Jaspers. Aliás, *comprehensive* em inglês tem uma conotação de inclusividade, mais próxima do pensamento de Heidegger, mas não de “empatia”, como indicariam Jaspers e a maior parte dos psicopatologistas alemães, franceses e ibéricos. A tradução inglesa mais correta de “compreensiva” (*Verstehen*) é *understandable*.

Em boa verdade, e apesar da fundamentação filosófica, Jaspers não fez senão explicitar o raciocínio de cada psiquiatra perante o seu doente. A descrição dos sintomas é decisiva, mas não é tudo. Colocando-se empaticamente no lugar do seu paciente, o psiquiatra também procura descobrir nexos de causalidade (motivos) entre vivên-

cias e sintomas (compreensão genética) sem ter de recorrer a teorias explicativas. Por pouco científica ou demasiado filosófica que esta atitude possa ser, ela está na base do entendimento humano e tem sido recentemente valorizada por neurocientistas (Timothy Crow), psicólogos (Simon Baron-Cohen) e filósofos da mente (John Searle e Daniel Dennett), todos eles insuspeitos de contaminação fenomenológica. Este é o modo natural pelo qual os humanos lidam entre si, e também a primeira abordagem do psiquiatra na ânsia de entender a génese das dificuldades do seu doente, ou seja, a sua psicopatologia. A leitura de Jaspers e dos psicopatologistas clássicos do seu tempo está repleta de indicações que muito ajudam este entendimento.

Porém, o raciocínio psicopatológico dos psiquiatras contemporâneos vai muito para além da psicopatologia compreensiva. Os grandes instrumentos terapêuticos são os psicofármacos, pelo que algum raciocínio neuroquímico se torna necessário. Além disso, as neurociências, sobretudo através da imagiologia computadorizada, têm fornecido numerosos dados que não se podem desprezar no raciocínio psicopatológico. A tarefa é tão complexa que se torna quase impossível, mas constitui o grande desafio que hoje se coloca aos psiquiatras informados e competentes. Para já, a maior parte dos dados conhecidos são empíricos e carecem de um modelo global que lhes dê coerência. Diversos modelos têm sido propostos, mas não se ligam entre si. A solução pode ser optar por um deles, mas teremos então cada psiquiatra a pensar de uma forma diferente, apesar de poderem consensualizar os sintomas, diagnósticos e mesmo terapêuticas e prognósticos, que têm sido estudados empiricamente. Mas a psicopatologia – o conhecimento da cadeia de acontecimentos relacionais, comportamentais, cerebrais e neuroquímicos que leva às doenças mentais – está por fazer. Por isso, qualquer reflexão ou discussão que tenha por base a psicopatologia, como é o caso deste livro, é bem-vinda.

O primeiro capítulo, a propósito da psicopatologia descritiva (ou compreensiva) é um contributo a esta discussão, introduzindo o modelo de Cambridge numa tentativa de abarcar os dados das neurociências. Tratando-se porém de um modelo hipotético, exterior à compreensão, ele não deixa de pertencer à psicopatologia explicativa, embora se procure adequar às descrições sintomatológicas. O segundo capítulo trata da

semiologia psiquiátrica, a construção psicopatológica que adquiriu maior consensualidade e que é ainda a base do conhecimento psiquiátrico. O terceiro capítulo, também consensual, ensina a metodologia médica para a colheita dos sintomas e estabelecimento do diagnóstico: a história clínica. Apesar das suas especificidades, a história clínica, comum a toda a atividade médica, é a marca da ligação da psiquiatria ao modelo médico. O quarto capítulo descreve a história e o estado atual dos sistemas classificativos oficiais em psiquiatria: o DSM e a ICD. O último capítulo, a propósito das manifestações psiquiátricas das doenças físicas e orgânicas, aborda diversas explicações para síndromes psiquiátricas específicas. Esta perspetiva, que beneficia de minuciosos estudos, é decisiva para a psicopatologia, pois engloba uma das suas partes: como é que o cérebro afeta o comportamento. Para completar o arco da psicopatologia falta, porém, a outra parte, que é saber como é que o comportamento afeta o cérebro.

Este livro não resolve os arcos de causalidade nem os enigmas da psicopatologia. Nem os podia resolver, pois lidamos com uma mente que ninguém consegue esclarecer, aprisionados que estamos numa estrutura conceptual dualista herdada de Descartes. Mas constitui uma base de partida para que lá possamos chegar com dados atuais. E é, sobretudo, um livro útil. Aliás, um livro que reúne a informação indispensável a qualquer médico que se queira lançar na prática da clínica psiquiátrica.

José Luís Pio Abreu
Professor Associado e Regente
de Psiquiatria da Faculdade de Medicina
da Universidade de Coimbra

Psicopatologia – passado, presente e futuro

Diogo Telles Correia e Daniel Sampaio

INTRODUÇÃO

Nos últimos tempos a psiquiatria tem dado uma importância primordial à construção de sistemas de classificação categórica nomeadamente o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) e a Classificação Internacional das Doenças (CID) que permitam a elaboração de diagnósticos de grande fiabilidade. Esta postura descurou a importância do papel fundamental do reconhecimento e descrição dos sinais e sintomas da doença mental.

Por outro lado, também a utilização crescente de escalas e questionários a que hoje em dia se assiste (muitas vezes aplicados por técnicos indiferenciados), que resultam de uma transposição linear dos textos psicopatológicos para uma semiologia ingénua, veio enfraquecer a pesquisa semiológica atual^[1].

Estas atitudes, que visam simplificar o reconhecimento de sintomas mediante definições operativas dos mesmos, consideram erradamente que a psicopatologia é um instrumento transparente e que os sintomas são entidades estáveis ao longo do tempo. Esta ideia não é correta, e já Jaspers considerava a psicopatologia como uma entidade dinâmica e em contínua evolução^[2].

De facto, os sintomas psiquiátricos são constructos teóricos criados em resultado de uma convergência entre um comportamento, um termo, e um conceito (que tenta explicar as bases teóricas que estão na base do comportamento). Enquanto nos primórdios da história da psicopatologia estas categorias teóricas resultavam de um esforço individual que originava esta convergência, nos dias de hoje são resultado de um esforço coletivo. A estabilidade de uma categoria clínica depende da qualidade da sua convergência original. Com efeito, algumas destas convergências mantêm-se ao longo do tempo e outras perdem-se na história. Infelizmente, na psiquiatria moderna pode passar-se a ideia de que as categorias que sobrevivem sempre estiveram presentes e que não foram construídas, mas sim descobertas. Porém, estas não são mais do que processos de convergência que podem ser questionados à luz das novas evidências^[3].

Hodiernamente, numa tentativa de rever os métodos psicopatológicos atuais, que se têm mostrado desadaptados às necessidades clínicas e de investigação, tem havido uma tentativa de regressar ao sintoma e às suas raízes históricas.

DEFINIÇÃO DE PSICOPATOLOGIA E SUAS VERTENTES

O termo “psicopatologia” é de origem grega – *psyché*, alma e patologia. Traduzido em sentido literal significa “patologia do espírito”.

É provável que a origem do termo esteja ligada a Jeremy Bentham, juriconsulto e filósofo inglês (Londres, 1748-1832), que, ao preparar uma lista das motivações humanas, reconheceu a necessidade da organização de uma *psychological pathology*^[4].

Com o correr do tempo, os autores empregaram várias expressões para designar esta disciplina. Aludiram a psicopatologia, psicopatologia geral, psicologia anormal, psicologia da anormalidade e psicologia do patológico. O termo mais empregue e amplamente aceite é “psicopatologia”^[4].

Segundo Sims, o termo “psicopatologia” corresponde ao estudo sistemático das vivências, cognições e comportamentos que são produto de uma mente perturbada^[5].

Ao longo da evolução do termo, foi usado sob duas vertentes: psicopatologia explicativa e psicopatologia descritiva (Figura I.1). Enquanto a primeira inclui explicações com base em constructos teóricos (por exemplo, psicodinâmicos ou cognitivo-comportamentais), a segunda refere-se apenas à descrição precisa e à categorização das manifestações psicopatológicas objetivas (fenômenos objetivos) observadas diretamente pelo clínico – comumente

denominadas de sinais – e subjetivas (fenômenos subjetivos) verbalizadas pelo doente – comumente denominados de sintomas.

De acordo com Berrios, a psicopatologia descritiva (PD) pode ser definida como um conjunto sistemático de princípios gerais, enunciados descritivos e regras de aplicação, cuja função é a descrição e captura de aspectos do comportamento que se assumem resultar de uma disfunção psíquica ou orgânica^[6].

Entre os aspectos que limitam o desenvolvimento da PD destacam-se:

- A introspeção e observação – fontes para a captação dos fenômenos psíquicos – estão sujeitas a múltiplas condicionantes devido ao seu caráter subjetivo;
- Nos fenômenos psicopatológicos coexistem dois fatores: o biológico e o psicossocial que lhes conferem uma dimensão individual/cultural;
- Escassa correlação, até ao momento, dos sintomas e dos estados psíquicos com a base biológica que os sustenta;
- O Homem é o objeto e o sujeito que intervêm na captação do fenômeno psicopatológico^[7].

Porém, a evolução da psicopatologia descritiva tem-se sustentado em vários postulados:

- Estabilidade das manifestações psicopatológicas;
- Associação duradoura entre as entidades nosológicas e as manifestações que lhe servem de diagnóstico;

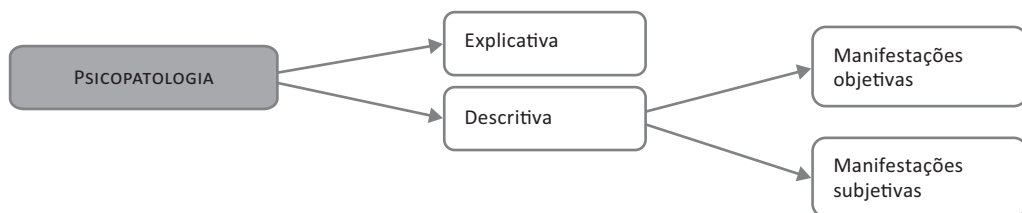


Figura I.1 • Vertentes da psicopatologia.

Semiologia psicopatológica

Diogo Telles Correia, Diogo Frasquilho Guerreiro e António Barbosa

INTRODUÇÃO

Pretende-se rever, neste capítulo, os vários termos utilizados na descrição psicopatológica, organizando-os e sistematizando-os de forma didática, mantendo sempre o rigor das suas fontes históricas. São acrescentadas **Vinhetas Clínicas** para exemplificar as alterações psicopatológicas e **Notas Históricas** que explicam os desenvolvimentos conceptuais dos vários termos ao longo da história (fundamentais para um conhecimento mais aprofundado da psicopatologia).

Uma boa base psicopatológica, com os seus significados atuais mais aceites, mas também a referência a outras interpretações de autor (que em psicopatologia são frequentes) e à história da evolução dos conceitos, é fundamental para que se preserve a qualidade do exame psicopatológico. Por outro lado, o acesso a este conhecimento permite a comunicação inter pares e a construção de uma investigação mais robusta em psiquiatria e psicologia.

Num contexto de uma tendência generalizada para mudanças nos sistemas classificativos em psiquiatria, é fundamental que se tenha um bom conhecimento das bases que deram origem aos atuais critérios diagnósticos e que podem contribuir para a sua revisão.

CONSCIÊNCIA

A consciência pode definir-se como um estado em que o indivíduo está ciente em relação a si próprio e ao meio que o rodeia. Depende do bom funcionamento das seguintes funções: atenção; memória; orientação; percepção e pensamento.

Podemos afirmar que a pessoa está inconsciente quando não existe uma experiência subjetiva de consciência, o que pode acontecer em casos de doença cerebral ou durante o sono. Porém, ela pode estar alterada em casos de patologia psiquiátrica ou orgânica.

As perturbações da consciência dividem-se em dois grupos: **alterações quantitativas** e **qualitativas**^[1,2].

Alterações quantitativas

DIMINUIÇÃO

- **Obnubilação** – Ligeiro grau de sonolência, com ou sem agitação, dificuldades de concentração e atenção;
- **Sonolência** – A pessoa está acordada, mas se não existir estimulação externa adormece. Existe lentificação psicomotora, diminuição dos reflexos e do tônus muscular;

Nota Histórica 1

Estado oniroide

Fish inclui dentro da categoria do “estado oniroide”, o *delirium* e o *delirium tremens*. Outros autores como Sims descrevem estes estados em categorias distintas ressaltando o facto de ser difícil a sua distinção. Aqui optou-se pela divisão de Fish^[3].

Restrição da consciência e dissociação

Gastó (2002) refere que os termos “restrição da consciência” e “perturbação dissociativa” se referem ao mesmo conceito (em que há uma rutura da continuidade do fluxo normal das ideias, pensamento, percepções, entre outros, associados a comportamentos aparentemente normais). Este autor defende ainda que Fish terá preferido o termo “restrição da consciência” porque o termo “dissociação” sugere a participação de forças dinâmicas inconscientes. Por outro lado, o termo “dissociação” implica “divisão” e pode confundir-se com os processos de excisão real de ambos os hemisférios^[4].

Já o DSM-IV conservou o termo “dissociação” definindo-o como uma disfunção das funções normalmente integradas da consciência, memória, identidade ou percepção, e subdividindo as perturbações dissociativas em vários subtipos: amnésia dissociativa, fuga dissociativa, perturbação dissociativa da identidade, perturbação de despersonalização; sem outra especificação, no capítulo das perturbações dissociativas^[5]. Na CID-10 a dissociação surge no capítulo das perturbações dissociativas (ou conversivas), sendo estas definidas como situações em que há uma perda parcial ou completa da integração normal entre as memórias do passado, consciência de identidade e sensações imediatas e controlo dos movimentos corporais^[6].

Estado crepuscular

Segundo Fish (1967), o termo “estado crepuscular”, introduzido por Westphal (1915), corresponde a um tipo de restrição da consciência e descreve condições nas quais houve uma restrição mórbida da consciência com uma rutura na continuidade da mesma e um comportamento bem organizado. Segundo este autor, o termo tem sido aplicado em qualquer condição em que há uma restrição real ou aparente da consciência, de modo que foram descritos estados crepusculares simples, alucinatórios, perplexos, excitados, expansivos, psicomotores e orientados. Embora Fish descreva que é na epilepsia que estes estados ocorrem com maior frequência, também podem surgir noutras situações como na ansiedade grave, na *mania a potu* (reação patológica ao álcool) mas também associado a perturbações dissociativas^[3]. A CID-10 inclui os estados crepusculares sob o título de “perturbações dissociativas (ou conversivas)” e, se estão preenchidos critérios para etiologia orgânica, em “perturbações mentais orgânicas”^[6]. No DSM-IV e no DSM-5 não há referência aos estados crepusculares^[5].

Sims (2006), limita a definição de estados crepusculares a situações em que há uma interrupção da continuidade da consciência que ocorre em situações orgânicas no contexto de epilepsia, alcoolismo, traumatismo cerebral, entre outros. É caracterizado por: 1) início e fim abruptos; 2) duração variável de horas a semanas; 3) ocorrência de explosões de violência no contexto de um comportamento aparentemente normal^[1].

Para Gastó (2002), os estados crepusculares ocorrem em doentes epiléticos correspondendo a estados de “ausência” de duração variável, entre cinco e vários dias. O doente geralmente está confuso, perseverativo, lento, perplexo. Não está sonolento, mas também não parece estar totalmente desperto. A perseveração, descrita por Pick como a “repetição automática e frequente de representações verbais e motoras”, pode estar presente. Além dos automatismos também são frequentes os atos impulsivos^[4].

denominam-se alucinações antagonistas. Estas alucinações, sob a forma de vozes que comentam o comportamento do doente e a ele se dirigem na terceira pessoa, são muito características da esquizofrenia, fazendo parte dos sintomas de primeira linha de Kurt Schneider. As alucinações acústico-verbais, sob a forma de vozes, podem

ocorrer também em perturbações do humor (depressão, ou mania psicóticas) no alcoolismo crónico, nas perturbações dissociativas e em personalidades *borderline*, esquizoide, esquizotípica ou histriónica (Vinheta Clínica 6).

Vinheta Clínica 5



Uma estudante preocupada

Mulher, 19 anos, solteira. Estudante universitária. Recorre ao serviço de urgência sendo encaminhada para a Psiquiatria.

- **Antecedentes:** Irrelevantes.
- Pede ajuda pois acha que pode “estar a perder a cabeça”. Refere que está em época de exames, há uma semana que anda a estudar “pela noite fora”, dormindo em média três a quatro horas. Hoje à noite “apanhou um grande susto”, olhou para o fundo do corredor de sua casa e viu “um homem”. Diz que estava escuro e que ficou muito assustada, tendo depois percebido que se tratava apenas de um casaco pendurado no cabide. Acha que pode estar a sofrer de esquizofrenia e por isso precisa de ajuda.
- **Observação:** Vígil, colaborante e orientada em todas as referências. Ansiedade. Sem outras alterações psicopatológicas.
- **Evolução:** Foi-lhe explicado que se tratava de uma ilusão visual provavelmente em contexto de fadiga. Recomendou-se que dormisse as horas necessárias de sono. Nunca mais surgiu o sintoma ou lhe foi feito qualquer diagnóstico psiquiátrico.

Vinheta Clínica 6



Esquizofrenia descompensada

Homem, 26 anos, solteiro. É levado ao serviço de urgência pela polícia por “comportamentos estranhos”.

- **Antecedentes:** Esquizofrenia paranoide desde os 19 anos, com múltiplos internamentos e história de baixa adesão à terapêutica.
- Segundo os agentes da polícia foi encontrado na rua “a falar sozinho”, sendo agressivo com as pessoas que se encontravam no local. O doente refere ter deixado a medicação psiquiátrica há três meses.
- **Observação:** Vígil e orientado em todas as referências. Apresenta-se agitado, referindo estar a ser “vítima de uma perseguição”. Apresenta alucinações auditivo-verbais na segunda pessoa (“dizem que me vão matar, que estou marcado”) e na terceira pessoa (“estão sempre a comentar o que faço” – comentários de passagem – “... e a discutir entre elas” – diálogo de vozes). Refere ouvir estas vozes claramente e não tem dúvida que são “pessoas que o andam a vigiar”. O exame objetivo não revelava alterações.
- **Exames complementares:** Sem alterações relevantes.
- **Evolução:** Foi internado para controlo do quadro psiquiátrico, revertendo o quadro alucinatório e delirante após três semanas de tratamento com antipsicóticos.

presentes em perturbações depressivas, na esquizofrenia e em estados orgânicos.

As ideias obsessivas diferem das **ideias sobrevalorizadas** ou prevalentes não delirantes, por estas serem aceites pelo indivíduo que não resiste contra elas (ego-sintonia), e o seu carácter patológico (sobrevalorização da importância ou significado) não ser geralmente reconhecido pelo sujeito (*insight*). Diferem das **ideias delirantes** não só pela egodistonia e pela ausência de *insight* (nas ideias delirantes) mas também pelas outras características que definem o delírio (nomeadamente irreduzibilidade e convicção plena) (Tabela II.3).

Alguns autores preferem incluir as obsessões nas alterações do conteúdo do pensamento [Trzepacz, P.T. e Baker, R.W. (1993)]^[63].

ideias desapareceram porque se apoderaram dos seus pensamentos, lhos roubaram através de procedimentos distintos e com intenções variadas;

- **Difusão de pensamento** – O doente sente que o seu pensamento não lhe pertence, que outros participam no pensamento (**pensamento compartilhado**) ou que leem os seus pensamentos (**leitura de pensamento**), que os seus pensamentos são conhecidos dos outros (**divulgação ou difusão de pensamento**), que ouve os seus pensamentos em voz alta (**sonorização do pensamento**) ou que há repetição imediata (**eco do pensamento**) (Nota Histórica 7).

ALIENAÇÃO DO PENSAMENTO

O doente pensa que os seus pensamentos são controlados por uma entidade extrínseca ou que outros participam no seu pensamento. Ocorre tipicamente na esquizofrenia e é de três tipos:

- **Influenciamento ou imposição do pensamento** – Convicção de que as suas ideias ou representações são influenciadas ou impostas pelo exterior; o doente sente que os seus pensamentos são induzidos por entidades extrínsecas (por exemplo, através de radares, laser, etc.);
- **Roubo ou interceção de pensamento** – O doente tem a convicção de que as

PENSAMENTO (conteúdo)

As alterações do conteúdo do pensamento podem ser agrupadas em **dois grandes grupos**, de acordo com a sua intensidade ou gravidade: **ideias sobrevalorizadas e delírios**.

Ideias sobrevalorizadas ou prevalentes

Ideias erróneas por superestimação afetiva. O conteúdo do pensamento centra-se em torno de uma ideia particular, que assume uma tonalidade afetiva acentuada; é irracional e aceite pelo indivíduo que não resiste contra ela (egossintonia),

Tabela II.3 • Distinção das ideias obsessivas das sobrevalorizadas e delirantes.

Características	Ideias obsessivas	Ideias sobrevalorizadas	Ideias delirantes
Egossintonia	Ausente	Presente	Presente
<i>Insight</i>	Presente	Geralmente ausente	Ausente
Irreduzibilidade Convicção plena	Ausente	Ausente	Presente

aceite, pela maioria dos países e pela Associação Psiquiátrica Mundial, como o padrão internacional no campo para relatos estatísticos e para pesquisa e cuidados clínicos. A necessidade de harmonizar a comunicação internacional com o reconhecimento da diversidade cultural e os requerimentos locais específicos conduziu ao desenvolvimento de muitas adaptações (regionais e nacionais), com publicações de glossários e anotações com base na CID-10.

Apesar de a CID-10 ser o sistema classificativo oficialmente adotado em Portugal, o DSM-IV é o mais utilizado em alguns departamentos universitários, como o da Universidade de Lisboa, à semelhança do que se passa nos EUA.

DSM-5 – O FUTURO DO DIAGNÓSTICO EM PSIQUIATRIA

A 5.^a edição do *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (DSM-5) foi publicada em maio de 2013, mas, desta vez, denomina-se de DSM-5 e não com a tradicionalmente usada numeração romana (DSM-V). Apesar de a APA utilizar números romanos desde a publicação do primeiro DSM, em 1952, defende que o uso atual da numeração romana limitará a divulgação da informação eletrónica pelo mundo. Por outro lado, os avanços contínuos na investigação irão continuar a exigir uma revisão do texto para o DSM, e a designação TR, tal como foi designada no DSM-IV-TR, só pode ser acrescentada uma vez. Após a publicação do DSM-5 em 2013, as alterações futuras serão representadas como DSM-5.1, DSM-5.2 e assim por diante, permitindo que as futuras revisões sejam mais fáceis de decifrar^[16].

O DSM-5 é um manual diferente, nomeadamente em termos de organização bem como na classificação de algumas

perturbações. Pela primeira vez na história do DSM, o número total de diagnósticos não aumenta^[17,18].

Uma das alterações mais significativas associa-se com a organização estrutural da nova classificação. Segundo os autores, esta reorganização em termos de estrutura tem como objetivos expor os avanços científicos na compreensão das perturbações psiquiátricas e facilitar o diagnóstico de modo a aproximá-lo da prática clínica diária (Quadro IV.1)^[19].

Os capítulos são organizados tendo por base uma perspetiva desenvolvimental, com as perturbações do neurodesenvolvimento no início, atendendo a que são perturbações primariamente diagnosticadas na primeira infância e infância, e progride através de áreas de diagnóstico mais comumente diagnosticadas na idade adulta, tais como as perturbações do sono-vigília.

Dentro de cada categoria de diagnóstico, as perturbações individuais são igualmente dispostas, de modo a que, aquelas geralmente diagnosticadas na infância sejam enumeradas primordialmente.

Tenta ainda aproximar as áreas de diagnóstico com maior relação entre si, como a denominação de uma categoria específica para a perturbação bipolar e perturbações relacionadas, que foi incluída imediatamente após o espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas^[20].

O novo manual remove o atual sistema multiaxial e adota a documentação não axial do diagnóstico, que combina os Eixos I, II, e III com notações diferentes para os fatores psicossociais e contextuais (antigo Eixo IV) e funcionamento global (antigo Eixo V)^[21].

Foi também estabelecida uma Secção III, que inclui condições que foram propostas, mas em que a validade diagnóstica ainda não foi estabelecida e que, por isso, requerem investigação adicional^[22].

Anexo 2 Principais classes do DSM-5

- Perturbações do neurodesenvolvimento
 - Perturbações do desenvolvimento intelectual
 - Perturbações da comunicação
 - Perturbação do espectro autista
 - Perturbação de hiperatividade e déficit de atenção
 - Perturbação específica de aprendizagem
 - Perturbações motoras
 - Outras perturbações do neurodesenvolvimento
- Espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas
 - Perturbação da personalidade esquizotípica
 - Perturbação delirante
 - Perturbação psicótica breve
 - Perturbação esquizofreniforme
 - Esquizofrenia
 - Perturbação esquizoafetiva
 - Perturbação psicótica induzida por substâncias
 - Perturbação psicótica associada com outra condição médica
 - Perturbação do espectro da esquizofrenia e outra perturbação psicótica com outra especificação
 - Perturbação do espectro da esquizofrenia e outra perturbação psicótica sem outra especificação
 - Catatonia associada a outra perturbação psiquiátrica (especificar)
 - Catatonia associada a outra condição médica
 - Catatonia inespecífica
- Perturbação bipolar e perturbações relacionadas
 - Perturbação bipolar I
 - Perturbação bipolar II
 - Perturbação ciclotímica
 - Perturbação bipolar induzida por substâncias
 - Perturbação bipolar associada a condição médica
 - Perturbação bipolar com outra especificação
 - Perturbação bipolar sem outra especificação
- Perturbações depressivas
 - Perturbação de desregulação disruptiva do humor
 - Perturbação depressiva major, episódio único ou episódios recorrentes
 - Perturbação depressiva persistente (distímia)
 - Perturbação disfórica pré-menstrual
 - Perturbação depressiva induzida por substâncias
 - Perturbação depressiva associada com outra condição médica
 - Perturbação depressiva com outra especificação
 - Perturbação depressiva sem outra especificação
- Perturbações da ansiedade
 - Perturbação da ansiedade de separação
 - Mutismo seletivo
 - Fobia específica

Perguntas de Revisão

1. Relativamente ao *delirium*, é verdade que:
 - A) É especialmente frequente em doentes com demência prévia.
 - B) A sua ocorrência induz ou agrava a deterioração cognitiva a longo prazo.
 - C) A sua etiologia é multifatorial.
 - D) Todas as anteriores são verdadeiras.
2. A propósito dos subtipos de *delirium*, é verdade que:
 - A) O subtipo hiperativo é mais facilmente reconhecido do que o hipoativo.
 - B) O subtipo hipoativo está associado a melhor prognóstico.
 - C) A principal característica do subtipo hiperativo é a sedação.
 - D) O subtipo misto é o menos frequente.
3. Todas as seguintes alterações psicopatológicas são características de *delirium* exceto:
 - A) Perturbação do estado de consciência.
 - B) Tremor de repouso assimétrico.
 - C) Alterações da percepção.
 - D) Desorganização do pensamento.
4. Em relação às características que permitem diferenciar *delirium* de demência, escolha a opção correta:
 - A) Na demência, o estado de consciência está alterado, enquanto no *delirium* está habitualmente normal.
 - B) Na demência não existe tipicamente prejuízo da atenção, com exceção da demência com corpos de Lewy.
 - C) Na demência, as alterações súbitas do humor são raras, ao contrário do que acontece no *delirium*.
 - D) As alíneas B e C estão corretas.
5. Relativamente à etiologia das demências, qual a afirmação verdadeira?
 - A) O hipotireoidismo é uma causa metabólica/hormonal de demência.
 - B) A demência frontotemporal é a causa mais frequente de demência degenerativa.
 - C) O hematoma subdural é uma causa reversível de demência.
 - D) As alíneas A e C são verdadeiras.
6. A agnosia corresponde a:
 - A) Dificuldade em planear e implementar tarefas complexas.
 - B) Dificuldade em reconhecer e expressar emoções.
 - C) Incapacidade de reconhecer estímulos sensoriais (sem a existência de défices sensoriais).
 - D) Incapacidade de nomear objetos.
7. Relativamente à perturbação mnésica, escolha a opção incorreta:
 - A) As alterações de memória não ocorrem exclusivamente durante um episódio de *delirium*.
 - B) A amnésia catatímica apresenta seletividade para eventos emocionalmente intensos.

CAPÍTULO I

1. B) Os sintomas psiquiátricos são construídos teóricos criados em resultado de uma convergência entre um comportamento, um termo, e um conceito.
2. B) Conjunto sistemático de princípios gerais, enunciados descritivos e regras de aplicação, cuja função é a descrição e captura de aspetos do comportamento que se assumem resultar de uma disfunção psíquica ou orgânica.
3. D) A psicopatologia descritiva estuda apenas os sintomas psiquiátricos dos doentes.
4. D) Os modelos de continuidade e descontinuidade, bem como o uso da psicometria surgem apenas em meados do século xx.
5. C) Vários autores sublinham que a única coisa em comum entre a fenomenologia de Jaspers e a de Husserl é serem um método puramente descritivo e sem intenção explicativa.
6. D) A empatia que corresponde a um instrumento clínico que permite avaliar as manifestações objetivas da mente.
7. C) Sinónimo de psicopatologia.
8. D) A ideia delirante é um fenómeno primário.
9. B) A psicopatologia pode ser uma mais-valia no conhecimento de um psiquiatra mas não é fundamental para a sua prática clínica.
10. D) Um dos motivos para os resultados da investigação neurobiológica em psiquiatria serem escassos pode dever-se a uma insuficiência de métodos imagiológicos.
11. B) A psicopatologia atual é completamente diferente do que era na sua origem no século XIX.
12. D) Nunca pode haver um *bypass* a nível da barreira da consciência manifestando-se os sinais cerebrais diretamente através comportamentos reconhecidos como sintomas.
13. B) É 100% fiel e nada crítico em relação à obra de Jaspers e tudo o que ela trouxe à psicopatologia.
14. D) A ideia delirante corresponde à forma e a percepção delirante ao conteúdo.
15. D) A compreensão genética é compreender um fenómeno com base na base genética do indivíduo.
16. A) O DSM e a CID podem e devem ser utilizados como glossários psicopatológicos.
17. A) As necessidades da psiquiatria atual estão perfeitamente colmatadas pelos métodos psicopatológicos de hoje, não sendo fundamental investigação nesta área.
18. B) O estudo da história da psicopatologia é sobretudo fundamental para a análise política dos aspetos sociais da psiquiatria.
19. A) A psicopatologia geral está na continuidade dos dados obtidos até ao momento, orientando-se neles, podendo servir de base para novas evidências – seja no sentido da contradição ou da construção e avanço.
20. A) É um método empírico que foca dados subjetivos.

CAPÍTULO II

1. C) O Estado oníróide (confuso-onírico) inclui o estreitamento da consciência.
2. D) Todas as outras são verdadeiras.
3. B) A desorientação no espaço é o tipo de orientação mais precocemente alterada em várias patologias.
4. D) As confabulações correspondem à descrição detalhada e falsa de um acontecimento que alegadamente ocorreu no passado, ocorrendo principalmente na mitomania.
5. B) As pareidolias resultam sobretudo da capacidade imaginativa e ao contrário das restantes ilusões são extintas pelo aumento da atenção.
6. D) Nunca são rapidamente reconhecidas como falsas (sem *insight*).
7. C) A gaguez é uma repetição de sílabas, hesitações, bloqueios intermitentes, aspirações com fase clónica/ tónica, sendo uma alteração orgânica do discurso e linguagem.

MANUAL DE PSICOPATOLOGIA



A primeira edição da obra *Manual de Psicopatologia* surgiu no contexto de uma tendência generalizada para mudanças nos sistemas classificativos em saúde mental. Tornou-se assim fundamental ter um bom conhecimento das bases que deram origem aos últimos critérios diagnósticos e que podem contribuir para a sua revisão, sendo para isso necessário regressar ao sintoma e às suas raízes históricas.

Elaborado por um grupo de médicos psiquiatras ligados às faculdades de medicina das universidades de Lisboa, do Porto e de Coimbra e aos serviços de psiquiatria do Hospital de Santa Maria em Lisboa, do Hospital de São João no Porto e do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, este livro, além de referir os principais elementos históricos que estão na base da psicopatologia, faz uma revisão da semiologia psiquiátrica e dos vários termos utilizados na descrição psicopatológica, **ensina a metodologia médica para a construção de uma história clínica psiquiátrica**, descreve a história e o estado atual dos sistemas classificativos oficiais em psiquiatria, **aborda as principais síndromes psico-orgânicas e os sintomas psiquiátricos na doença médica a ter em conta para um diagnóstico diferencial com qualidade**. De modo a facilitar a consolidação de conhecimentos, todos os capítulos incluem perguntas de revisão, sendo as respetivas soluções disponibilizadas no fim do livro.

Esta obra, recomendada por várias faculdades de Medicina e de Psicologia em Portugal, no Brasil e em países de língua oficial portuguesa, foi, nesta 2.^a edição, revista e atualizada de acordo com o DSM-5. Reúne ainda a informação indispensável aos estudantes e, de uma forma geral, a todos os profissionais de saúde (médicos, psicólogos, psicoterapeutas, enfermeiros) que trabalham e investigam em saúde mental e àqueles que, não estando diretamente ligados a esta área, queiram dela aproximar-se através de instrumentos rigorosos e ao mesmo tempo acessíveis a um leitor informado.

"Pela clareza e rigor científico, esta obra do Prof. Diogo Telles Correia é imprescindível para a clínica de psiquiatras e psicólogos."

Daniel Sampaio – Professor Catedrático de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

"Um livro que reúne a informação indispensável a qualquer médico que se queira lançar na prática da clínica psiquiátrica."

J. L. Pio Abreu – Professor Associado e Regente de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Diogo Telles Correia

Médico Especialista em Psiquiatria; Doutorado em Psiquiatria e Saúde Mental pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, onde é professor de Psiquiatria e de Psicopatologia; Médico do Departamento de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria (CHLN, EPE); Consultor do Centro de Transplantação Hepática do Hospital Curry Cabral (CHLN, EPE).



ISBN 978-989-752-068-6



9 789897 520686

www.lidel.pt