

ESTADO EXAME DO MENTAL

- Avaliação estruturada de sinais e sintomas, que permite avançar com hipóteses diagnósticas ou diagnósticos específicos e estabelecer planos de intervenção clínica
- Fonte: observação, anamneses, relato de terceiros
- Utilizam-se entrevistas (semi-estruturadas ou estruturadas), escalas de avaliação e testes psicológicos e neuropsicológicos
- Realizado por profissionais da área de saúde mental

• **Aspetos observáveis**

Apresentação

- Estado de consciência
- Estrutura do Eu
- Pensamento
- Percepção
- Humor e afetos
- Motricidade
- Linguagem
- Memória e atenção e cognição
- Funções biológicas vitais

Jaspers (1985); Hamilton (1985);
Scharfetter (1996)

A primeira observação não dá muita informação, a menos que sejam casos muito patológicos – quando o seu comportamento é muito desadequado ao contexto.

Nenhuma das fases do exame mental, quando aplicado isoladamente, permite estabelecer um diagnóstico (médico e de enfermagem)

não dá informação suficiente para tirar conclusões concretas sobre a psicopatologia. O diagnóstico só é feito no final do exame mental, com a integração de todas a informação obtidas

APRESENTAÇÃO

-Anotar se o doente vem por iniciativa própria, se forçado por outros ou se enviado pelo seu médico assistente.

Isto permite traçar duas linhas gerais de pesquisa posterior:

Patologia psicótica – o doente não tem crítica adequada e vem forçado

Outra tipologia de patologia – o doente tem crítica razoável e vem de livre vontade ou aconselhado

-Avaliar a forma como o doente cuida da sua higiene pessoal.

Vestuário – se vem vestido adequadamente à situação (tendo em conta, o ambiente social em que está inserido).

Permite saber se o doente é perfeccionista, excêntrico, exibicionista ou um desleixado

-Postura e posição – expansiva, retraída, flácida, tensa ou adequada; braços cruzados, inclinado para a frentes, ...

-Expressão facial – monótona ou expressiva

APRESENTAÇÃO

- Vem por vontade própria ou “forçado” por alguém
- Crítica sobre a doença
- Idade aparente
- Posição
- Vestuário
- Higiene e cuidado no vestir
- Contacto com o olhar
- Anomalias físicas evidentes
- Outras características particulares

**No exame mental podemos ser
confrontados com:**

Alterações psicopatológicas

Estado de consciência, orientação e atenção

Parâmetro fundamental para a valorização de toda a psicopatologia

Consciência (síntese que o indivíduo faz, num dado momento, de todas as suas atividades psíquicas perceptivas e motoras)

Consciência de si e do meio envolvente - Estado vígil

Clareza de consciência e a Consciência do “EU” e do mundo exterior

1- Consciência (*cum scientia*)

consciência da própria consciência

- A consciência é um fenómeno biológico, sendo o estado da consciência regulado pelo sistema reticular que se estende desde o bulbo até a parte superior do mesencéfalo

Actividade integradora dos fenómenos psíquicos, o todo momentâneo que possibilita o tomar consciência da realidade naquele instante (Jaspers).

Totalidade da experiência momentânea inserida na corrente contínua da vida psíquica (Alonso Fernandes)

Qualidade autorreflexiva que permite à consciência ver-se de fora, permitindo a capacidade de ter autoconsciência

Estado momentâneo da consciência

ao nível da compreensão psicológica

Variações dos estados de consciência : do estado de vigília plena até ao sono ou ao sonho avaliadas através de:

- **Continuidade:** do estado de vigília até ao sono profundo.
- **Reflexibilidade:** oscila entre a atividade reflexiva e atividade automatizada
- **Clareza:** dimensão vertical que permite a identificar, separar e delimitar os conteúdos da consciência (em estado de vigília).
- **Orientação:** (qualidade fundamental)- A alteração primária: desorientação;
- **Campo (Amplitude):** dimensão horizontal que representa o número de conteúdos: expansão, desagregação, estreitamento...
- **Polarização do campo:** hierarquia dos conteúdos: **atenção e concentração**
- **Consciência de si** : Estrutura do EU

Aspeto funcional da Consciência

- **Vigilância ou estado de alerta:**

- capacidade de estar atento e perceber adequadamente o ambiente

Consciência clara: O individuo percebe o que ocorre à sua volta e responde às percepções

Um estado de consciência claro exige consciência de si e do ambiente, possibilitando que a pessoa tenha, nitidamente, diante de si aquilo que vê, o que pensa, que saiba o que quer e o que faz:

Permite ao individuo fazer a síntese que o indivíduo faz, num dado momento, de todas as suas actividades psíquicas, perceptivas e motoras

Sinais objectivos da clareza da consciência

Orientação

Orientação alopsíquica → **vivência do tempo e espaço**

Orientação autopsíquica → **vivência de si próprio**

Capacidade de responder a perguntas

Atenção:

- ativa (quando o individuo foca a atenção em algum acontecimento externo ou interno)
- passiva (quando é o acontecimento interno ou externo que atrai a atenção do individuo)

Alterações da consciência:

A) Alterações sensoriais

B) Alterações do conhecimento

A) Alterações sensoriais

- 1) **Hipervigília**
- 2) **Letargia/Sonolência** - lentificação geral dos processos ideacionais, com predisposição para dormir (na ausência de estimulação) . Reflexos e tónus muscular diminuídos.
- 3) **Obnubilação:** diminuição do nível de vigília, diminuição da sensopercepção, lentidão da compreensão e da elaboração das impressões sensoriais; dificuldade em focalizar a atenção e manter um pensamento (esquema mental) claro e comportamento objectivo e coerente
- 4) **Estupor:** Estado caracterizado por incomunicabilidade, ausência, diminuição profunda ou bloqueio dos movimentos voluntários e falta de resposta psicomotora. Os estados estuporosos **ocorrem em associação** com doença cerebral orgânica, esquizofrenia (especialmente a sua forma catatônica), doenças depressivas, psicose histérica e reacção aguda ao estresse.
- 5) **Coma e morte cerebral**

Alterações da consciência

B) Alterações do conhecimento

1) Alterações Globais

a) **Estado Confusional** (estado antecedente ao delirium)

b) **Delirium**: Síndrome **orgânica cerebral aguda**, de etiologia inespecífica, caracterizada por perturbações da consciência, atenção, percepção, orientação, pensamento, memória, comportamento psicomotor, emoções e ciclo sono-vigília. O estado **de delirium é transitório e de intensidade flutuante**. A duração é variável, de poucas horas a poucas semanas e a gravidade varia de leve até muito grave

2) Alterações Circunscritas - Consciência de si - Alteração da Estrutura do Eu

ALTERAÇÕES DA ESTRUTURA DO “EU”

-Perda dos limites entre o EU e a realidade estão relacionadas com uma diminuição/perda dos limites entre o eu e o exterior.



- **Dissociação** - perda da identificação temporal de si próprio-(histeria e nas perturbações dissociativas);
- **Despersonalização** – perda da identificação espacial de si próprio, a pessoa sentes-se diferente (como se fosse um autómato – como se não fosse ela que estivesse ali);
- **Desrealização** – sensação de irrealidade do mundo exterior; vê o mundo como estranho/diferente do que era, vive as situações com uma sensação de irrealidade.
- **Auto-negação** – o indivíduo nega a sua própria existência; (esquizofrenia e depressão muito profunda);
- **Alterações da imagem corporal** - o indivíduo diz que parte ou partes do seu corpo estão alteradas

Pensamento

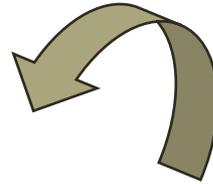
O pensamento é:

o fluxo de ideias, símbolos e associações, dirigido a um objetivo. Sendo considerado normal se atinge diretamente o objetivo que se propõe através de uma ideia diretriz adequada;

o resultado da capacidade de organizar ideias de forma, curso e conteúdo harmônicos com as necessidades individuais e circunstanciais, necessitando, assim, de constância, organização e continuidade

**Pensar é tornar o mundo previsível
antecipando os acontecimentos**

Do ponto de vista psicopatológico, o pensamento pode ter vários tipos de alterações:



Alterações

Forma/Processo: fluxo e organização do pensamento (raciocínio)
Alterações da conexão e da organização

Da posse: Em condições normais vivenciamos o pensamento como sendo nosso. Em situações patológicas o sujeito pode vivenciar o pensamento como possuído, orientado por outros, influenciado (muito característico da esquizofrenia, sobretudo da paranóide).

Curso: refere-se à velocidade e ritmo do pensamento, assim como à quantidade de ideias ao longo do tempo.

Conteúdo: a patologia dos conteúdos implica a não submissão aos mecanismos do juízo (ocupa-se dos significados);

Surge um pensamento singular, fora da interacção comunicativa e da realidade objectiva – **Ex: DELÍRIO-** *“lavar fora do sulco”*

Alterações da Forma / Processo

Pensamento circunstancial -a circunstancialidade do pensamento é incapacidade em distinguir o acessório do essencial.

O objectivo atinge-se mas com muitos pontos de ancoragem a significados marginais, processando vagarosamente cheio de detalhes e trivialidades. Acontece também em pessoas normais, na psicopatologia pode ver-se nas psicoses.

Pensamento tangencial: A tangencialidade circula por detalhes irrelevantes sem nunca atingir as ideias centrais e sem regresso ao tema inicial;

Foge sistematicamente do objetivo, mas pelas respostas que o doente dá, percebe-se que percebeu a questão. Diz-se que o sujeito tem o pensamento ao lado ou dá para-respostas. Surge nos esquizofrénicos negativistas (exemplo: terapeuta “diz-me as horas!” doente: “quem muito corre pouco alcança ou hora de me deixar sossegado”).

Alterações da Forma / Processo

Pensamento incoerente e desagregado - deficiente articulação dos significados. Não existe articulação lógica do pensamento: síndrome cerebral orgânico, doentes com esquizofrenia deteriorada.

-No pensamento incoerente existe uma grave alteração da ligações das proposições, sem respeitar as regras básicas, embora exista adequação da sintaxe;

-O pensamento desagregado mostra-se desorganizado nas preposições e na sintaxe. Ex: discordância de género, troca ou ausência de sujeito, verbo, objeto. A desagregação de palavras confunde-se com neologismos.

Pressão do pensamento- sensação que grande número de ideias passa pela cabeça do doente que é diferente da fuga de ideias (a ideia nem se chega a formar). Neste caso o sujeito não descarrila mas nota-se que há uma pressão, o sujeito tem muitas coisas para dizer (acontece na esquizofrenia).

Alterações da Forma

Descarrilhamento/Afrouxamento de associações:

mudança súbita e inexplicável de uma ideia para outra. Em casos graves ocorre a "salada de palavras". Ocorre principalmente na esquizofrenia;

-Fuga de ideias: ocorre quando há aceleração do curso, caracteriza-se pela incontinência verbal (logorréia). A ideia principal é desviada por constantes associações colaterais tênues ou livres. **Associações de ideias ocasionais sem qualquer ordenação de significados. O discurso perde-se na lateral sem atingir objetivos;** Ocorre em episódios maníacos.

Salada de palavras: Mistura ininteligível de palavras e sentenças, Pode tratar-se de neologismos ou palavras e frases incoerentes e sem significado. Apresenta-se nas formas graves de esquizofrenia.

Pensamento perservante- persiste mesmo depois de ter atingido o objetivo. Há uma ideia sistemática e que se torna diretriz do pensamento.

Alterações da posse

Alienação do Pensamento - o sujeito tem a sensação de que os outros participam no seu pensamento.

Inserção do Pensamento - os pensamentos que os doentes têm são-lhes inculcados por outra pessoa, máquina.

Roubo do Pensamento – sensação de que os pensamentos lhe estão a ser roubados – é um sinal importante que pode significar a passividade do doente, por achar que lhe roubaram os pensamentos.

Divulgação do Pensamento – sensação de que toda a gente sabe o que o doente está a pensar. Divulgação na rádio ou televisão: o doente pensa que o que o locutor está a transmitir é o seu pensamento que vai ficar ao alcance de todos.

Estas alterações de posse do pensamento tem sido explicadas como resultado da diminuição das fronteiras entre o eu e o mundo (ambiente).

Alterações do Curso

refere-se à velocidade e ritmo do pensamento, assim como à quantidade de ideias ao longo do tempo

-Taquipsiquismo- Caracteriza-se pela rapidez do pensamento geralmente acompanhado de fuga de ideias

Pensamento inibido e lentificação do pensamento - inibição do processo de associações sentimentos de ineficiência; a lentificação não tem alterações visíveis no processo associativo ou nas ideias, mas revela uma objectiva latência no início das respostas e no decorrer do pensamento;

Bloqueio de pensamento – O bloqueio do pensamento consiste numa súbita e aleatória paragem da linha de pensamento, seguida de um vazio sem que fatores emocionais ou situacionais o expliquem; Depois do bloqueio o pensamento é retomado numa outra direcção sem qualquer relação com o precedente; os bloqueios sucessivos dão a ideia de pensamento descarrilante em “salto de cavalo”.

Alterações do conteúdo

- **OBSESSÃO**
- **FOBIA**
- **DELÍRIO**

NOTA: Ideias erradas e crenças –

A ideia errada é susceptível de substituição através de argumentação lógica.

As crenças estão mais relacionadas com sentimentos e mais resistentes à lógica;

Alterações do conteúdo

OBSESSÃO- persistência patológica de um pensamento ou sentimento irresistível que não pode ser eliminado da consciência através de esforço lógico. Persiste sem causa e contra a vontade por incapacidade do indivíduo se libertar do conteúdo (ideia, imagem mental) embora reconheça a falta de sentido e o absurdo da situação. Provoca grande ansiedade.

FOBIA- medo irracional, de um objecto, actividade ou situação que origina um desejo irresistível para evitar os estímulos fóbicos.

O Indivíduo reconhece a excessividade e a desproporcionalidade entre o MEDO e os ESTÍMULOS.

Alterações do conteúdo

Delírios- falsas crenças inabaláveis , irredutíveis (não susceptíveis de argumentação lógica).

Delírios primários: atribui um significado falso, novo e injustificado a uma percepção natural; não podem ser explicados através de qualquer outro processo psicopatológico

Delírios Secundários: surge como resultado de uma elaboração psicológica prévia; tem uma perturbação e aliada a ela surge um delírio) em relação à perturbação (exemplo: os deprimidos tem ideias delirantes de ruína).

Delírios classificados por temas:

Alterações do conteúdo

- **Delírio de referência** – falsa crença de que o comportamento dos outros se refere a si próprio;
- **Delírio persecutório** - falsa crença de que esta a ser assediado, enganado ou perseguido; podem englobar ideias de prejuízo moral ou material ex: (roubo ou ciúme);
- **Delírio de grandeza ou megalómano-** concepção exagerada acerca da própria importância, poder ou identidade
- **Delírio de ruína ou pobreza** – falsa crença de que se está pobre ou privado de qualquer posse material
- **Delírio místicos** - falsa crença que envolvem temáticas ligadas a temas religiosos
- **Delírio de COTARD** - niilismo absoluto traduzido na crença delirante de estar morto ou de que seus órgãos estejam paralisados ou podres, ou mesmo o sentimento falso de que já nada existe, que perdeu o sangue...
- **Delírio Erotomaníaco-** convicção de que se é amado por alguém “importante” ou de temática sexual
- **Delírio Ciumes**

Alterações da percepção

Processo de transferir a estimulação física para a informação psicológica; processo mental no qual os estímulos sensoriais são trazidos à consciência atribuindo-lhe significados

Psicopatologia ?

Erros percetivos:

o objeto percetível é real e constante mas percebido de forma alterada interpretação percetual alterada resultante de um estímulo real

Distorções preceptivas:

resultam de uma mudança na intensidade e qualidade do estímulo, ou da forma espacial da percepção



Exemplo: Os falsos reconhecimentos ilusórios são favorecidos por circunstâncias de difícil percepção do objeto (entardecer) e ou pelo individuo que percebe (turvação da consciência, cansaço excessivo, tensão emocional)

Alterações da Percepção (cont.)

As alterações perceptivas:

1. Ilusões
2. Alucinose;
3. Alucinação

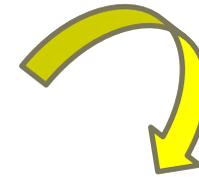
Podem ocorrer em qualquer das modalidades sensoriais, na ausência de qualquer estímulo e podem ser simples ou complexas

Ilusões - falsas perceções produzidas pela combinação de estímulos vindos de um objeto real

São mais frequentes as visuais, mas podem ser auditivas, olfativas, etc.

Alucinoses

• **alucinoase (F1X.52)** - Termo introduzido por Wernicke (1848-1905) para indicar os estados alucinatorios agudos; designa uma imagem patológica que possui todas as características da imagem alucinatoria (sobretudo uma notável nitidez), **menos a convicção de realidade** ou participação do eu, i.é., o paciente reconhece aquela experiência perceptiva **como algo estranho a si mesmo**, (**experiência perceptiva ego-distónica**) como um acontecimento patológico.



• São de natureza orgânica (intoxicação alcoólica, de outras substâncias psicoativas, neurológicas)

Alucínose

A expressão Alucínose tem sido empregada cada vez mais para designar um delírium alucinatório: imagens alucinatórias resultantes da dissolução da consciência-vigilância ou da ação de substâncias psicoativas

Alucínose alcoólica – vozes que tratam o doente na terceira pessoa; existe preservação da crítica e níveis normais de consciência neurológica

Alucínose visual – encontrada em patologias e tumores neurológicos e abuso de drogas alucinogénias

Alucinações: “perceções sem objecto”

Perceção clara, definida e convicta de um objeto inexistente
As alucinações ocorrem em todas as modalidades sensoriais



Tipos de Alucinações:

- 1- Alucinações Auditivas
- 2- Alucinações visuais
- 3- Alucinações Tácteis
- 4- Alucinações Olfacto-Gustativas
- 5- Alucinações Somáticas ou Cinestésicas
- 6- Alucinações Hipnopómpicas
- 7- Alucinações Hipnagógicas

Constituição

Ruídos ou “flashes” de luz -

- **Vozes, objectos, animais**
- **Cenas completas**
- **O corpo e/ou os seus órgãos**
- **movimentos do corpo e deslocações no espaço**

Alterações da Percepção (cont.)

Alucinações Auditivas

<http://www.youtube.com/watch?v=WVfJPCaFVks>

Mais Frequentes (Esquizofrenia; Episódios Maníacos; Depressão)

Algumas formas descritas deste fenómeno: Precedência **exterior**;
Precedência **interior**; Sonorização (eco do pensamento); **Dialogantes**;
Reveladoras; **Insultantes**; **Ameaçadoras**; **Imperativas**;
Comentadoras

São frequentes na fase inicial da Esquizofrenia, perdendo intensidade com evolução doença; o doente ouve vozes que falam ou dialogam entre si, sobre os seus pensamentos; sente-se o sujeito das argumentações das vozes

Alucinações Auditivas (cont.)

Estas podem comentar alguma das actividades do próprio doente, sentindo-se invariavelmente controlado pela experiência alucinatória e concluindo que deve existir algum tipo de força capaz de exercer esse controlo (delírio); **a perda de insight é inevitável**; frequentemente, o doente apresenta um distanciamento afetivo ou falta de ressonância

Os doentes nem sempre referem **espontaneamente as alucinações, é necessário inferir o sintoma através de uma observação cuidada** (p.ex: observar pausas, preocupação..."Agora mesmo parecia estar distraído está a ouvir alguém?")

Alucinações Visuais

O doente vê objetos ou seres reconhecíveis. Devem fazer suspeitar de alteração orgânica cerebral ou intoxicação por drogas alucinogénicas

ex: Zoopsias, são características do delirium tremens; o doente vê pequenos animais que lhe induzem intenso medo

Alucinações Tácteis

Geralmente são reportadas à derme. Podem ser sensações de animais pequenos circulando por debaixo da pele

Ocorrem, mais frequentemente, nas Psicoses tóxicas e na patologia orgânica (carcinomas mediastino e pulmão). Podem apresentar escoriações

Alucinações Olfacto-Gustativas

Trata-se de odores ou sabores **raramente** agradáveis. Frequentes na Epilepsia do lóbulo temporal, não sendo acompanhadas de delírios relacionados. Pode ocorrer na esquizofrenia.

Se surgem isoladas e sem alterações do comportamento deve ser explorada doença orgânica (oncologia) ou processos traumáticos

Alucinações Somáticas ou Cinestésicas

Raramente surgem isoladas. Referidas ao **interior do corpo ou alguma das suas partes**. Pode surgir nas esquizofrenias nas depressões graves. O doente refere **que sente os seus órgãos mortos ou em decomposição (ou todo corpo)**

“sinto que me arrancam os órgãos e me rasgam a carne”

Alterações da Percepção (cont.)

- Alucinações hipnagógicas – vigília-sono- alucinações que **precedem o adormecer** ***

- Alucinações hipnopômicas – sono- vigília- alucinações **precedem o despertar (entre o sono e o acordar)*****

***** podem ocorrer esporadicamente sem significado patológico**

São quase sempre visuais, ocasionalmente auditivo-verbais, e podem ser complexas

As alucinações hipnagógicas e hipnopômicas parecem ser estados semelhantes aos sonhos e não são necessariamente indicadoras de patologia

Alucinações: “percepções sem objecto”



- **Doentes inteligentes podem aperceber-se da anormalidade de “ouvir vozes” adoptando posturas de defesa e de negação das mesmas.**

- **Outros ficam serenos convivendo com as suas alucinações de forma “amigável”**

- “... Excerto do filme *Mente Brilhante*”

Alterações dos afetos e das emoções

Afetividade - complexo sistema de relações que liga as pessoas
(vida emocional do indivíduo)

Afeto - expressão observável da emoção;

Humor - tonalidade afetiva que predomina num determinado momento; “é um estado de ânimo, disposição, afeto... sentimento difuso, que vai colorir os fenómenos da vida psíquica, como se fosse o seu pano de fundo” Dias Cordeiro



Alterações dos afetos e das emoções

Ambivalência afetiva

coexistência consciente de sentimentos contraditórios vivenciados em simultâneo

Afeto inadequado (discordância)

Desarmonia entre o tom emocional e o estímulo externo

Labilidade afetiva

Aumento da mobilidade afetiva, falta de consistência

Hiperemotividade

Desproporção entre a intensidade do estímulo e a resposta emocional



Alterações dos afetos e das emoções (cont.)

Rigidez afetiva

Redução na capacidade de modulação emocional

Embotamento afetivo



Severa redução na intensidade do sentimento

Apatia

Tom emocional pobre, associado à indiferença

Ansiedade

Sentimento de apreensão provocado por antecipação de um perigo interno ou externo

Pânico

“Ataque” súbito e intenso e episódico de ansiedade extrema –
medo de morrer; medo de ter medo-



Alterações do humor

Humor eutímico: faixa normal do humor, sem oscilações de humor

Humor disfórico (*humor desagradável*) ▲

Sentimentos de irritabilidade, suscetibilidade exagerada

Humor elevado *Humor eufórico ou elevação do humor*

Excessivo bem estar, prazer....

Humor depressivo

Tristeza com perda de interesse em quase todas as atividades, pessimismo...

Humor ansioso

Angústia é um sentimento persistente de mal estar, inquietação

Linguagem: Comunicação através da fala

**Fenômeno complexo que visa a transmissão de mensagens;
processo mental no qual os estímulos sensoriais são trazidos
à consciência**

Alterações do discurso verbal

Intimamente ligadas ao pensamento - o discurso verbal – pode apresentar patologia na produção dos significantes

O débito das palavras pode variar entre – **mutismo**, **mutismo selectivo** até à **verborreia**;

Mutismo – completa ausência de discurso (comunicação) ou **selectivo** surge no contexto de certas temáticas

Verbigeração – torrente de palavras imperceptíveis e mal organizadas, em geral sussurradas em tom monocórdico. O extremo designa-se de **mussitação**

Mussitação – É a expressão da linguagem em voz muito baixa; o doente movimenta os lábios de maneira automática, produzindo murmúrio ou som confuso. É um sintoma próprio da esquizofrenia.

Alterações do discurso verbal (cont.)

Logorreia ou verborreia- discurso acelerado.

Produção verbal anormal intensa e acelerada, frequentemente associada à fuga de ideias e distratibilidade. Há uma experiência subjectiva de impulso para falar a que o paciente pode ou não resistir; Embora a logorreia seja uma manifestação frequente de mania e hipomania, a sua ocorrência não é limitada às alterações de humor podendo ocorrer na esquizofrenia e nos transtornos mentais orgânicos.

Pedolália —organização e articulação infantil do discurso;

Coprolália - uso torrencial de palavras;

Ecolália — A repetição patológica tipo papagaio e aparentemente sem sentido ("fazer eco") de uma palavra ou frase recém-falada por outra pessoa.

Palilália —consiste na repetição involuntária da última ou últimas palavras que o próprio paciente falou. Ocorre na demência.

Logoclonia —repetição é apenas das últimas sílabas. Também é tipicamente encontrada na demência.

Alterações funcionais da fala

A produção dos signos pode estar dificultada, apenas por dificuldades motoras do aparelho fonador

Disfemias ex: Gaguez –alteração no ritmo e fluidez do discurso.

Dislalias– dificuldade de articulação de certas consoantes

Disartria– incapacidade menos específica e mais generalizada, resultando numa voz “empastada”

Comportamento motor:

Fenómeno complexo que visa a transmissão de impulsos, motivações, instintos e vontades expressados através da atividade motora do indivíduo

Alterações da motricidade

Hipercinésias – aumento da atividade motora;

Rituais – atividade compulsiva;

Tiques – (perturbações comuns) - rituais compulsivos degradados;

Maneirismos– movimentos casuais (involuntário) que distorcem as expressões e gestos; inclui a **copropraxia** - a gestos obscenos por vezes dissimulados

Ecopraxia –Repetição por imitação dos movimentos de outra pessoa. A ação não é voluntária e tem uma qualidade semi-automática e incontrolável.

Alterações da motricidade

Estereotipias– amplo leque de movimentos bizarros e espontâneos, que tendem a repetir-se e sem sentido aparente; inclui a **Flexibilidade cérea- fraca resistência** mobilização dos membros (grande maleabilidade), manutenção de posturas por vezes bizarras ;

Paracinesia– movimentos frequentes realizados sem qualquer objetivo nem significado ;

Sincinesias– movimentos automáticos sem objetivo e por adaptação de um gesto que com eles se não relaciona ;

Automatismos– movimentos não intencionais e sempre fora do contexto;

Alterações da motricidade

Discinésia– dificuldade para realizar movimentos voluntários;

Distonias– contracções lentas e prolongadas do tronco ou dos membros;

Mioclonias– contracções súbitas e breves do tronco ou dos membros ;

Acatísia– incapacidade de estar sentado ou de se manter quieto acompanhado de uma sensação de intranquilidade a nível corporal

Hipocinésias – incluem a lentificação motora;

Acinésia– incapacidade em iniciar movimentos ;

Rigidez– frequentemente consequência de síndrome extrapiramidal ;

Memória

Conceito: não é “uma coisa ou estrutura” . É um processo com a função cognitiva específica de armazenar e resgatar informações.

Memória - faculdade de reter, recordar e reconhecer factos psicológicos (afectivos, intelectuais ou volitivos) experimentados.

Tipos:

A- Memória de curto prazo (imediate)

B- Memória de longo prazo:

-Permite a conservação durável das informações graças à codificação e conservação das mesmas

- Permite que a aprendizagem e as informações armazenadas sejam objecto de uma consolidação variável em função da importância emocional e da repetição.

1. - **Explícita (Declarativa)**- (memória para fatos e eventos), por exemplo, lembrança de datas, fatos históricos, números de telefone, etc.
- 2.- **Implícita (Não Declarativa)**- (memória para procedimentos e habilidades), por exemplo, a habilidade para dirigir, jogar bola, dar um nó no cordão do sapato e da gravata, etc.

Atenção

Atenção

→ é uma actividade psíquica de base que produz o fenómeno da concentração sobre determinados estímulos sensoriais, cognitivos ou afectivos

→ não é considerada uma função psíquica autónoma mas sim integrada com outras actividades basais como a consciência, orientação e memória

Inatenção

→ incapacidade para mobilizar a atenção ou alterar o foco de atenção perante estímulos externos

→ indivíduo parece distraído ou como se estivesse apenas atento «aos seus próprios pensamentos»

→ Preocupação interna

Distratibilidade

→ consiste em alterações bruscas da atenção por incapacidade de ignorar os estímulos irrelevantes como ruídos

→ o comportamento do paciente denota que a sua atenção se focaliza, primeiro, por pouco tempo e, segundo, em múltiplos estímulos

→ a tradução motora deste fenómeno é a inquietude, hipercinésia ou agitação

Perturbações da Atenção

- Condiciona a clareza das vivências

Activa: focaliza a atenção num acontecimento interno ou externo;

Distratibilidade

Inatenção

Desatenção seletiva: bloqueio somente dos estímulos que geram ansiedade

Hipervigilância: atenção e focagem excessiva sobre estímulos internos e externos, secundária

Passiva:

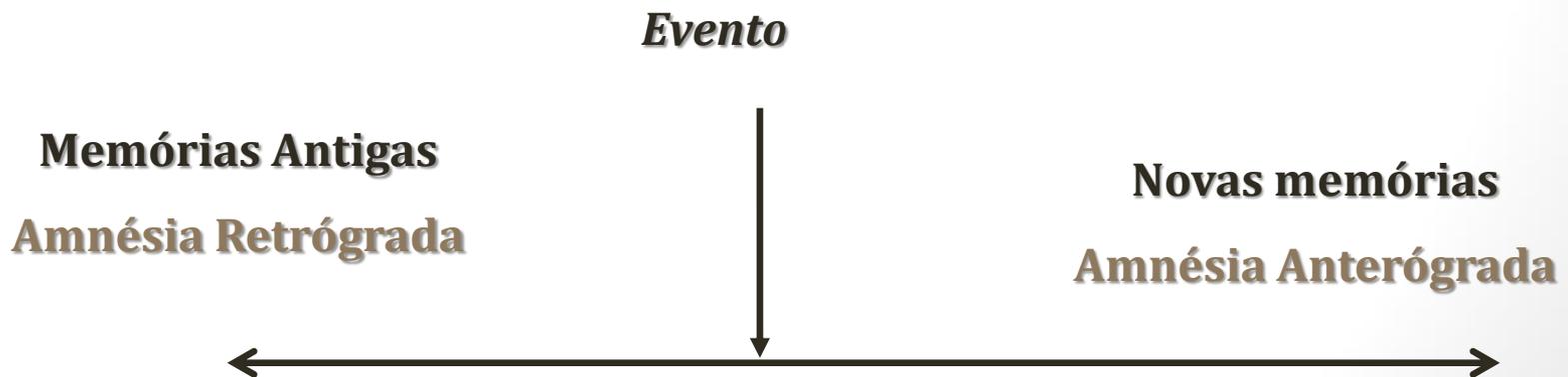
é o acontecimento, interno ou externo, que atrai a atenção do indivíduo sem nenhum esforço consciente da sua parte

Perturbações da Memória

Amnésia - faz com que o indivíduo perca tudo o que foi armazenado nos lobos frontais, temporais e parientais ao longo de sua vida. A perda de memória pode ser parcial ou total.

Amnésia Anterógrada: o indivíduo recorda ocorrências de longo prazo, não se recordando dos acontecimentos recentes. Associadas a lesões cerebrais (lesão bilateral do circuito de Papez;

Amnésia Retrógrada: o indivíduo se recorda somente dos fatos ocorridos depois do trauma sofrido, esquecendo-se dos fatos passados.



Perturbações da Memória

Hipermenésias- aumento da actividade ou capacidade de evocação

HIPOMNÉSIA: incapacidade de reter conhecimentos recentes; falsas recordações, paciente cria histórias sem consistência ou duração para preencher lacunas de memória (confabulações)

Paramnésias- É uma perturbação do reconhecimento em virtude da qual o facto evocado não corresponde ao objeto original da percepção. Ex: o paciente ao ver um irmão considera-o seu pai.

Funções biológicas vitais

- Fome (Anorexia, polifagia, bulimia)
- Sede (Polidipsia)
- Sono (Insónia inicial, intermédia, terminal, hipersónia)
- Líbido (Aumentada, conservada, diminuída)
- Instinto de conservação (Ideação suicida, ideias de morte, auto flagelação)

***Insight* e Juízo Crítico**

Capacidade para perceber e avaliar adequadamente a realidade externa e separá-la dos aspetos do mundo interno ou subjetivo. Capacidade de autoavaliar-se adequadamente e ter uma visão realista de si mesmo, suas dificuldades e suas qualidades

O ***Insight*** é uma forma mais complexa de juízo. Envolve um grau de compreensão do paciente sobre si mesmo, seu estado emocional, sua doença e as consequências desta sobre si, pessoas que o cercam e sua vida em geral