

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Módulo II – Psicopatologia e Saúde mental

Psicopatologia

APRESENTAÇÃO

- Higiene e arranjo pessoal
- Forma de vestir (perfeccionista, extravagante, excêntrico, exibicionista, desleixado, bizarro)
- Expressão facial (fácies triste, expressivo, perplexo, aterrorizado, risos imotivados)
- Coincidência da idade aparente com idade real
- Postura (tensa, flácida, expansiva, retraída, estereotipias motoras, ...)
- Aspeto físico (Biótipo – normolíneo, brevilíneo, longilíneo)

MOTRICIDADE

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

PSICOPATOLOGIA DA MOTRICIDADE

Estado psicomotor

- Inquietação – dificuldade em estar quieto
- Agitação – acentuação da inquietação, com movimentos + intensos
- Hiperatividade – aceleração dos movimentos
- Lentificação – (na depressão)
- Estático/estupor – dificuldade em fazer os movimentos (na depressão)

Postura e alinhamento corporal (expressão facial, olhos, mãos, corpo)

Tensa, flácida, expansiva

PSICOPATOLOGIA DA MOTRICIDADE

Movimentos dirigidos/coordenação de movimentos:

- **Hipercinésia** – aumento da atividade motora.
- **Rituais** – atividade compulsiva.
- **Tiques** – contraturas musculares súbitas e repetitivas (perturbações comuns), associados a estados de ansiedade; rituais compulsivos degradados.
- **Maneirismo** – movimentos casuais (involuntário) que distorcem os gestos e as expressões; tendem a ser repetitivos; ocorrem em situações neuróticas e psicóticas, por vezes indiscerníveis dos tiques.
- **Mimetismo ou Ecopraxia** – movimento em eco; imitação patológica de movimentos de outra pessoa.
- **Estereotipia** – amplo leque de movimentos bizarros que tendem a repetir-se (balanceamento, marcha bizarra, movimento em camara lenta; posturas estáticas – flexibilidade cêrea); movimentos sem qualquer objetivo, sem significado.

PSICOPATOLOGIA DA MOTRICIDADE

Movimentos dirigidos/coordenação de movimentos:

- **Flexibilidade cérea** – pessoa adota e mantém posturas bizarras.
- **Automatismo** – movimentos automáticos; involuntários; não intencionais e sempre fora do contexto (ex: fasciculações).
- **Distonias** – contrações lentas e prolongadas do tronco ou dos membros.
- **Mioclonias** – contrações súbitas e breves do tronco ou dos membros.
- **Acatísia** – incapacidade de estar sentado.
- **Discinésia** – dificuldade para realizar movimentos voluntários (discinésia buco-linguo-facial) – associada iatrogenia neurolépticos.
- **Tremores** – tremor fino (generalizado – associado a estado emocional ou causa neurofisiológica e endócrina) tremor grosseiro (localizado – associado a d. Parkinson, patologia cerebelosa).

PSICOPATOLOGIA DA MOTRICIDADE

Movimentos dirigidos/coordenação de movimentos:

- **Hipocinésia** – redução patológica dos movimentos, inclui a lentificação motora e hipomimia.
- **Conversão** – paralisia transitória, apresenta significado claro (evitamento sexual, ganho de proteção).
- **Acinésia** – incapacidade em iniciar movimentos.
- **Rigidez** – frequente em consequência de síndrome extrapiramidal (cedência em roda dentada).

CONTACTO

Relação que estabelecemos com a pessoa e vice-versa.

- **Fácil**
- **Difícil** (depressão grave)
- **Empático/profundo** – ocorre na pessoa que pode adequadamente compreender o interlocutor, embora sem grandes manifestações externas.
- **Simpático** – implica a identificação com o interlocutor, que se manifesta numa expressão mimica e motora coerente com as vivências que este desperta.
- **Superficial** – oposto ao empático; interação imitativa, existem manifestações externas de acordo, por vezes exuberantes, mas nada foi inteiramente assimilado.
- **Exuberante** – invade o espaço do outro - desinibição (fase maníaca)
- **Negativista** – contacto em oposição, predisposto a contrariar a intenção do interlocutor; interação simétrica; (pert personalidade e em contextos argumentativos)
- **Indiferente**

LINGUAGEM

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

Organização da linguagem está intimamente associada ao pensamento.

PSICOPATOLOGIA DA LINGUAGEM

Perturbações do discurso verbal

Mutismo ou mutismo seletivo (no contexto de certas temáticas)

Lentificação

Loquacidade

Verborreia

Verbigeração ou salada de palavras – discurso fluente mas com torrente de palavras impercetíveis e mal organizadas.

Coprolália – uso torrencial de palavrões chocantes.

Pedolália – organização e articulação infantil do discurso.

Ecolália – repetição das últimas palavras de uma frase (da outra pessoa).

Logoclonia – repetição das sílabas finais de uma palavra.

Neologismos – palavras inventadas pela pessoa.

Latência de resposta aumentada

PSICOPATOLOGIA DA LINGUAGEM

Perturbações da fala e da voz

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

Disfemias – alteração no ritmo e fluidez do discurso (ex: tartamudez - gaguez).

Dislalias – dificuldade de articulação de certas consoantes

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

CONSCIÊNCIA

(CONSCIÊNCIA, ORIENTAÇÃO, ATENÇÃO, ESTRUTURA DO EU)

Cum scientia - ciência acompanhada de outra ciência.

A consciência humana é a autoconsciência, é a consciência de se ter consciência.

A consciência tem a ver com a **consciência de si** e com a **consciência do corpo**, inclui também a **consciência dos objetos** e a constatação de que temos uma **vida interior**, mental ou espiritual.

A consciência é global, acompanha-nos ao longo do tempo, contudo em termos psicopatológicos avaliamo-la num determinado momento (corte transversal) – **estado momentâneo da consciência**.

Parâmetro fundamental para a valorização de toda a psicopatologia.

CONSCIÊNCIA

(CONSCIÊNCIA, ORIENTAÇÃO, ATENÇÃO, ESTRUTURA DO EU)

Em termos psicopatológicos

Pessoa é consciente pessoa está consciente ??

Não consciente ou inconsciente ??

CONSCIÊNCIA

(CONSCIÊNCIA, ORIENTAÇÃO, ATENÇÃO, ESTRUTURA DO EU)

As variações dos estados de consciência normal podem ir desde o estado de vigília pleno ao sono e ao sonho.

Qualidades dimensionais da consciência:

- Continuidade
- Reflexibilidade
- Clareza
- Orientação
- Amplitude (campo)
- Polarização do campo (atenção e concentração)
- Consciência de si (estrutura do eu)

CONSCIÊNCIA

(CONSCIÊNCIA, ORIENTAÇÃO, ATENÇÃO, ESTRUTURA DO EU)

Continuidade – sucessão de variações da consciência; a consciência flui continuamente de um estado para o outro (sono profundo é uma alteração da consciência, mas normal).

PSICOPATOLOGIA DA CONTINUIDADE DA CONSCIÊNCIA

Oscilações da consciência, ausências; automatismos.

CONSCIÊNCIA

(CONSCIÊNCIA, ORIENTAÇÃO, ATENÇÃO, ESTRUTURA DO EU)

Reflexibilidade – define a pp consciência humana; capacidade de nos vermos e de nos integrarmos a nós pp; oscila entre a atividade reflexiva e atividade automatizada; prende-se com planeamento e avaliação.

PSICOPATOLOGIA DA REFLEXIBILIDADE DA CONSCIÊNCIA

Acting out e automatismos.

Autoconsciência exagerada (pode ser inibitória e prejudicar a eficiência do comportamento).

Reflexibilidade pode ser alterada por: alterações orgânicas, tóxicas e metabólicas; epilepsia, pert. da personalidade histriónica; perda do controlo dos impulsos.

CONSCIÊNCIA

(CONSCIÊNCIA, ORIENTAÇÃO, ATENÇÃO, ESTRUTURA DO EU)

Clareza – permite a clara separação, delimitação e identificação de conteúdos da consciência em plena vigília.

A separação torna-se mais frouxa em situação de **cansaço** ou **relaxamento**, onde a imaginação espontânea e a associação flutuante de ideias, sob forma de imagens visuais e auditivas, se aglutinam indistintamente (ex: alucinações hipnagógicas).

Dimensão vertical.

CONSCIÊNCIA

(CONSCIÊNCIA, ORIENTAÇÃO, ATENÇÃO, ESTRUTURA DO EU)

PSICOPATOLOGIA DA CLAREZA DA CONSCIÊNCIA

Turvação da consciência – perda da clareza, que pode originar alucinações; perda da capacidade de delimitar, separar conteúdos.

Estado oniróide – as representações internas desenvolvem-se a par com as vivências externas; (ex: *pré-delirium tremens*)

Estado onírico – as representações internas sobrepõem-se ao contacto com realidade externa.

Obnubilação – ligeira perturbação da vigilância

Torpor – pré-comatoso

Hiperlucidez – clareza excessiva dos conteúdos da consciência (epilepsia; estado hipomaníaco e maníaco)

CONSCIÊNCIA

(CONSCIÊNCIA, ORIENTAÇÃO, ATENÇÃO, ESTRUTURA DO EU)

Orientação – pode ser **autopsíquica** (conhecimento dos pp dados) ou **alopsíquica** (conhecimento do tempo e espaço)

A pessoa consciente conhece a sua localização no espaço e no tempo e relativamente a si (também estudado na consciência de si – estrutura do eu).

Consciente e orientado !??

CONSCIÊNCIA

(CONSCIÊNCIA, ORIENTAÇÃO, ATENÇÃO, ESTRUTURA DO EU)

PSICOPATOLOGIA DA ORIENTAÇÃO DA CONSCIÊNCIA

Desorientação – alteração primária que define o quadro de **confusão (confusão mental, estado confusional)**

Desorientação apática – confusão pode ser secundária a perturbação da vontade.

Desorientação amnésica – confusão pode ser secundária a perturbação da memória.

Desorientação delirante – confusão pode ser secundária a perturbação do juízo (delírio ocupacional).

CONSCIÊNCIA

(CONSCIÊNCIA, ORIENTAÇÃO, ATENÇÃO, ESTRUTURA DO EU)

Amplitude (campo) – representa o número de conteúdos que a consciência pode abarcar de uma só vez.

Dimensão horizontal

PSICOPATOLOGIA DA AMPLITUDE DA CONSCIÊNCIA

Expansão da consciência – campo excessivamente amplo (estados hipomaníacos, maníacos, ação de drogas)

Estado crepuscular – estreitamento do campo da consciência

Pode haver redução do campo por concentração voluntária ou captação espontânea da atenção.

CONSCIÊNCIA

(CONSCIÊNCIA, ORIENTAÇÃO, ATENÇÃO, ESTRUTURA DO EU)

Polarização do campo (atenção e concentração) – hierarquia dos conteúdos da consciência, a **atenção**.

Atenção espontânea ou involuntária– atenção é captada por estímulos significativos.

Distratibilidade – a atenção espontânea é captada por estímulos menos relevantes.

Fascinação – aumento da atenção espontânea.

Atenção voluntária (por esforço de **concentração**).

Concentração – aumento da atenção voluntária.

PSICOPATOLOGIA DA POLARIZAÇÃO DA CONSCIÊNCIA

Desagregação da consciência – desorganização impermeável a esforços de reorganização (psicose, delirium).

CONSCIÊNCIA

(CONSCIÊNCIA, ORIENTAÇÃO, ATENÇÃO, ESTRUTURA DO EU)

Consciência de si - Estrutura do EU

Qualidade básica da consciência é a vinculação ao Eu.

A consciência de si articula-se com a consciência do corpo mas distingue-se dela.

Características formais:

- Consciência da Identidade do Eu
- Consciência da Unidade do Eu
- Consciência da Atividade do Eu
- Consciência dos Limites do Eu

CONSCIÊNCIA

(CONSCIÊNCIA, ORIENTAÇÃO, ATENÇÃO, ESTRUTURA DO EU)

Consciência da Identidade do Eu – dimensão temporal (eu sou o mesmo que antes).

Despersonalização – perda da **identificação espacial** de si mesmo; pessoa sente-se desligada de si própria, como se fosse um observador externo dos próprios processos mentais ou do próprio corpo (“*robot* sair de si próprio”, separado do seu corpo).

Dissociação – perda da **identificação temporal** de si mesmo (pert. dissociativa da identidade – personalidade múltipla).

CONSCIÊNCIA

(CONSCIÊNCIA, ORIENTAÇÃO, ATENÇÃO, ESTRUTURA DO EU)

Consciência da Unidade do Eu – dimensão espacial (vivência em simultaneidade)

Biloculação – sensação de existir em dois locais diferentes.

Autoscopia – sensação de se observar a si próprio.

Delírio dos sócias

Desintegração (psicose, forte angústia, ataque de pânico)

Consciência da Atividade do Eu – vinculação de sentimentos, pensamentos, ações, recordações à unidade do eu.

(roubo e inserção do pensamento, eco do pensamento)

Consciência dos Limites do Eu – a consciência do eu em oposição ao exterior.

(transitivismo, divulgação do pensamento)

CONSCIÊNCIA

(CONSCIÊNCIA, ORIENTAÇÃO, ATENÇÃO, ESTRUTURA DO EU)

Consciência do corpo – o corpo pode estar mais ou menos sintonizado, indiferente ou em conflito com a consciência do eu.

Alteração da imagem corporal

Auto-negação - negação do corpo ou das suas formas.

- **Transsexualidade** (negação do próprio corpo que possuem)
- **Dismorfobia** (anorexia nervosa, pert. Dismórfica corporal)
- **Membro fantasma** (amputações e esquizofrenia)
- **Hiperestesia/anestesia** (situações forte emoção, conversão, psicose).
- **Despersonalização** (cabeça grande, braço longos, peito a rebentar...)
- **Hipocondria** – pessoa sente alterações que não existem.
- **Autoscopia** - observação do pp corpo num espaço exterior
- **Anosognosia** - incapacidade reconhecer perturbação evidente pp corpo

CONSCIÊNCIA

(CONSCIÊNCIA, ORIENTAÇÃO, ATENÇÃO, ESTRUTURA DO EU)

Alterações Globais		Alterações Circunscritas	
a) Estado Confusional	b) <i>Delirium</i>	a) Despersonalização e desrealização	c) Alterações da consciência corporal
Características comuns com delirium - identidade patogénica - início súbito (horas ou dias) - ausência de sistematização delirante - repercussão +/- intensa no estado geral - curta duração - possibilidade de reversibilidade ao estado pré-morbido Confusão – incapa. de distinguir o real do imaginário Antecede o <i>Delirium</i>	Estado confusional pode evoluir para uma súbita desintegração da consciência caracterizada por : - delírios caóticos - alucinações - agitação psicomotora - desorientação parcial ou total Curta duração (1 a 2 semanas) Compromisso vital importante Secundário a estados físicos gerais, induzido por substâncias, múltiplas etiologias Ex. Delirium tremens	Pouco frequentes mas de grande valor diagnóstico Despersonalização: Perturbação subjectiva da consciência de si Associa sentimentos de - estranheza, - vazio interior - dúvida sobre a identidade de si - indecisão na acção Sentimento doloroso de não reconhecimento da integridade de si Desrealização: sentimento de irrealidade do mundo exterior P.ex: Esquizofrenia Psicoses agudas	Alterações circunscritas ao reconhecimento das partes do corpo Anosognosia (incapacidade de R. Hemiplegia) Asterognosia (objectos) Prosopagnosia (rostos) http://www.youtube.com/watch?v=q8cXus7SNQY membro fantasma (membro amputado)

HUMOR, AFETOS E EMOÇÕES

Humor

É um **estado** e por isso tende a permanecer no tempo; é duradouro.

“Humor, estado de ânimo, disposição, afeto fundamental ou atividade holotímica de base”...(não tem objeto)

“Não se trata de emoções nem de afetos, uns e outros matizados pela sua relação com objetos e situações.”

“O humor corresponde a um sentimento difuso, sem objeto, que vai sem dúvida colorir emoções, afetos, impulsos, pensamento e todos os fenómenos da vida psíquica como se fosse um **pano de fundo**.”

(Pio-Abreu, 2002, p111)

Estado de ânimo, disposição interior da pessoa; modo como eu vejo as coisas.

HUMOR, AFETOS E EMOÇÕES

Humor eutímico – sem alterações

(Pio-Abreu, 2002, p111)

PSICOPATOLOGIA DO HUMOR

Depressivo – mesmo as situações alegres a pessoa vivencia-as como tristes. Todas as vivências internas são consideradas negativas. Tendência para recordar apenas os aspectos negativos. Pessimismo decorre do humor depressivo.

Eufórico/elação do humor – dá outra cor às situações internas e externas. Otimismo exagerado.

Lábil – súbitas e profundas mudanças que se tornam incompreensíveis. Componentes mistos de tristeza e alegria.

Irritável – demonstração de intensas reações e apreciável vitalidade, mas sem conteúdo de felicidade (na fase maníaca). Baixa tolerância para as contrariedades e os desafios. Esse contato desperta medo – agressão.

HUMOR, AFETOS E EMOÇÕES

PSICOPATOLOGIA DO HUMOR

Delirante – ex: pessoa autorreferencia as situações, ela sente que se passa algo.

será humor delirante ou delírio?

hipóteses diagnósticas.

variação diurna do humor – características + biológicas(pior no início do dia) – depressão melancólica/endógena

HUMOR, AFETOS E EMOÇÕES

Afeto

Complexa relação que nos liga aos objetos significativos: pessoas determinadas, ambientes, ideias e a nós próprios.

“... na presença de um outro, cada um de nós o perturba (afeta) e é por ele perturbado (afetado) de uma maneira específica ”

(Pio-Abreu, 2002, p115)

Afeto é aquilo que vem de fora; é despertado pela existência do outro ou pela vivência interior (relaciona-se com objetos do passado)

- Distinguem-se das emoções mas exprimem-se através delas; é a **expressão observável da emoção.**

“O afeto é aquele **sentimento específico que nos relaciona com cada uma das outras pessoas** e que se pode descrever por: amor, ternura estima, confiança, compaixão, respeito, admiração ódio, inveja, vergonha, ciúme, aversão, ódio.”

(Pio-Abreu, 2002, p116)

Esquizofrenia (perturbação dos afetos)

HUMOR, AFETOS E EMOÇÕES

Afeto sintónico – sem alteração

PSICOPATOLOGIA DOS AFETOS

Superficialidade afetiva – como se a reação ou afetação de um indivíduo ao outro fosse superficial. Não é distante é ainda mais afastado. Não há ressonância afetiva (perturbações da personalidade histriónica e antissocial, toxicodependência).

Profundo – a relação é sentida com demasiada profundidade.

Labilidade afetiva – choro ou riso perante a situação. A pessoa é demasiado afetada. São afetos profundos, mas não patológica.

Ambivalência – sobreposição de afetos contraditórios em simultâneo.

Rigidez afetiva – não existe modelação na expressão afetiva

Embotamento afetivo – não se deteta qualquer afeção relacional; cego aos sinais do contexto relacional; não tem afeto (na esquizofrenia)

HUMOR, AFETOS E EMOÇÕES

Emoções

(relacionam-se com a situação presente ou futura)

A emoção é mais durável na **memória** (eventualmente transformando-se em afeto ou em humor) e na modificação de atitudes, sendo uma forte componente da intencionalidade.

“Tem a ver com a sensação, a percepção e a representação: acompanha-as e enriquece-as com aquilo a que habitualmente chamamos de **ressonância afetiva**.”

(Pio-Abreu, 2002, p118-119)

Tristeza, Alegria, Medo, Ansiedade, Angústia, Aflição, Desamparo, Cólera, Desespero, Terror, Excitação, Serenidade, Felicidade,

- Algumas emoções têm a característica da **antecipação** (tristeza, alegria, ansiedade)
- **Ativação neurofisiológica** (cognitiva, vegetativa, motora)

HUMOR, AFETOS E EMOÇÕES

Emoções

- **Ansiedade** (ligeira, moderada, grave, pânico)

Semelhante ao medo, mas dele se distingue por na ansiedade não existir um objeto ameaçador.

Níveis (vegetativo, cognitivo, motor)

- **Medo** antecipa uma ameaça. **Ansiedade** antecipa uma vivência cujo desfecho se gostaria de conhecer pela probabilidade de ser agradável (ex: exame).
- **Angústia** - ocasionalmente sem objeto, outras vezes ligada a perda, existente ou antecipada, pode localizar-se a nível gástrico (náusea, vertigem, vazio, nó no estomago).
- **Fobia** - emoções de medo irracional.
- **Alexitimia** - incapacidade em reconhecer as emoções – pessoa sente e sofre de acompanhantes vegetativos que se transformam em doenças psicossomáticas.

PENSAMENTO

“Pensar é prever, é tornar o mundo previsível, é antecipar as ocorrências.”

(Pio-Abreu, 2002, p128)

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.

A **avaliação do pensamento** é baseada na exploração da linguagem verbal e não verbal.

PSICOPATOLOGIA DO PENSAMENTO

- **Curso** – fluxo, corrente do pensamento
(taquipsiquia, bradipsiquia, fuga de ideias, descarrilamento, bloqueio do pensamento)
- **Forma** – organização do pensamento
(perseverante, circunstancial, tangencial, salada de palavras, sobre inclusivo, incoerente ou desagregado)

Curso e forma – processo de pensamento

- **Posse** – controlo da pessoa sobre os seus pensamentos
(alienação, roubo, inserção, divulgação, difusão, obsessão)
- **Conteúdo** – temática ou aquilo que constitui o pensamento,
corresponde às ideias
(ideias delirantes, delírios, fobia, obsessão)

Posse e conteúdo – conteúdo de pensamento

PSICOPATOLOGIA DO PENSAMENTO – ALTERAÇÕES DO CURSO

Taquipsiquia – pessoa vivência aceleração do pensamento; tem conhecimento/critica dessa aceleração. (hipomania)

“Estou mais inspirado”

Bradipsiquia – lentificação do pensamento. (depressão)

não tem alterações no processo associativo ou nas ideias, mas revela uma objetiva latência de resposta aumentada.

Fuga de ideias – associações de ideias ocasionais sem qualquer ordenação de significados. O discurso perde-se na lateral sem atingir objetivos.

Os pensamentos são tão rápidos que atropelam os anteriores.

A pessoa passa de um tema outro, mas há qualquer coisa que os liga, nem que seja apenas sons idênticos das palavras. Pode parecer descarrilamento.

(associado a pressão do discurso - mania)

PSICOPATOLOGIA DO PENSAMENTO – ALTERAÇÕES DO CURSO

Descarrilamento – pensamento anterior não tem qualquer associação com o seguinte. Há um corte, mas a pessoa não para de pensar. Há incoerência. (esquizofrenia)

Ex: (descarrilamento- Pio-Abreu, 2002, p231)

Bloqueio do pensamento – paragem súbita e aleatória da linha de pensamento, seguida de um vazio de pensamento sem que fatores emocionais ou situacionais o expliquem; Depois do bloqueio o pensamento é retomado numa outra direção sem qualquer relação com o precedente. (esquizofrenia)

Os bloqueios sucessivos dão a ideia de descarrilamento do pensamento.

PSICOPATOLOGIA DO PENSAMENTO – ALTERAÇÕES DO FORMA

Perseverante – há ideias sobrevalorizadas que emergem sistematicamente. Frequente em pessoas mais preocupadas ou com obsessão.

Ex: (Pio-Abreu, 2002, p234)

Circunstancial – Falar à “volta” de um tema. Há um objetivo que por fim é atingido. Muito utilizado em circunstâncias sociais. Frequente em pessoas com egocentrismo e comportamentos histriónicos.

Tangencial – Desvio do tema da conversa por um caminho diferente (tangente), sem regressar ao tema original. Há um objetivo no pensamento, mas logo se afasta, logo se aproxima, mas nunca atinge o objetivo.

Ex: (Pio-Abreu, 2002, p233)

PSICOPATOLOGIA DO PENSAMENTO – ALTERAÇÕES DO FORMA

Sobre inclusivo – não há separação entre pensamentos acessórios e pensamentos principais e engloba-os.

Salada de palavras – as palavras estão intactas mas são colocadas umas a seguir às outras, sem ligação aparente ou significado – forma extrema de afrouxamento das associações (muito mais raras).

ex: "imprime a luz ajuda para verde ou mãe não perde e diabo João verde"

Incoerente ou desagregado – não há articulação lógica do pensamento (pode ser manifestação de descarrilamento).

Ex: (Pio-Abreu, 2002, p234)

PSICOPATOLOGIA DO PENSAMENTO – ALTERAÇÕES DA POSSE

Alienação – a pessoa vivencia que não é ela que controla o seu pensamento

Roubo – vivencia que os pensamentos lhe são roubados.

Inserção – vivencia (mas certeza) que os pensamentos que está a ter proveem de alguém exterior a si (são inseridos na sua mente).

Divulgação – vivencia que o seu pensamento está a ser comunicado/ divulgado pelas outras pessoas.

Difusão – pessoa vivencia que os outros estão a partilhar os seus pensamentos. Difundem-se da sua mente para a dos outros.

Pressão – pessoa vivencia o aparecimento de vários pensamentos em simultâneo.

(Ex: mutismo - como há baralhação, não consegue verbalizar nada)

PSICOPATOLOGIA DO PENSAMENTO – ALTERAÇÕES DA POSSE

Obsessão – São pensamentos intrusivos, indesejados, inadequados e desagradáveis.

Ego distônicos – estes pensamentos não conseguem ser suprimidos pela vontade da pessoa (na POC, em outras pert. ansiedade).

Ego sintônicos – pensamentos são vivenciados com fazendo parte da pessoa, aceite como algo real que faz parte dela. Como se fizessem parte da própria existência (na esquizofrenia)

Fobia – medo irracional de um objeto ou situação particular que provoca evitamento consciente do estímulo específico temido. Relacionado com a tríade pensamento, emoção e estímulo ou objeto. A presença ou antecipação do objeto fóbico provoca grave sofrimento na pessoa.

PSICOPATOLOGIA DO PENSAMENTO – ALTERAÇÕES DO CONTEÚDO

Delírio – crença, ideia, juízo falso, onde existe a convicção extraordinária de certeza que se não pode influenciar pela argumentação e experiência e que tem conteúdo implausível.

(Pio-abreu, 2002,p140).

Falsas crenças inabaláveis.

Primário – surge sem qualquer relação com vivencia prévia, sem haver algo que os justifique. Surgem de forma incompreensível (ex: na esquizofrenia).

Secundário – surge em contexto de vivências prévias ou no seguimento de patologia psiquiátrica.

Sistematizado

Não sistematizado

Generalizado

Não generalizado

PSICOPATOLOGIA DO PENSAMENTO – ALTERAÇÕES DO CONTEÚDO

Tema do Delírio

Delírio persecutório – falsa crença de que está a ser ameaçado ou perseguido;

Pode sentir que o controlo e a perseguição se realiza por sofisticados mecanismos, que de alguma forma modificam a sua mente; pode queixar-se que lhe **roubam o pensamento** ou que todo o seu pensamento é fruto de forças externas; pode surgir associado à sensação de **difusão do pensamento** julgando o doente que os seus pensamentos são sonoros ou se difundem.

Delírio de controlo – falsa crença de que o que sente, pensa ou fala não é a pessoa, mas que existe alguém ou alguma coisa que faz com que ela o sinta ou o faça...

Delírio de ciúmes – convicção falsa que deriva de ciúmes patológicos de que o companheiro lhe é infiel (no SDA, depressão).

PSICOPATOLOGIA DO PENSAMENTO – ALTERAÇÕES DO CONTEÚDO

Tema do Delírio

Delírio de referência – falsa crença de que o comportamento dos outros se refere a si próprio;

Delírio de grandeza (megalómano) – concepção exagerada acerca da própria importância, poder ou identidade (na fase maníaca).

Delírio Erotomaníaco – sente-se amada por uma pessoa muito distinta, que deve ocultar a sua relação por convencionalismo social. Mais frequente em mulheres.

Delírio de ruína ou pobreza – falsa crença de que se está pobre e carentes de bens indispensáveis e à família ou privado de qualquer posse material.

PSICOPATOLOGIA DO PENSAMENTO – ALTERAÇÕES DO CONTEÚDO

Tema do Delírio

Delírio de culpa – pessoa sente-se indigna e culpada de todos os males que lhe sucedem ou à família ou outras pessoas, acreditando que passará o resto da sua vida num «inferno» merecido.

Delírio místico – falsa crença que envolvem temáticas ligadas a temas religiosos.

Delírio hipocondríaco (somáticos)

Delírio de Cottard – crença delirante de estar morta ou de que seus órgãos estejam paralisados ou em putrefação, ou que ficou sem órgãos internos (na depressão).

Delírio de infestação – vivência de agressão sobre o próprio corpo por agentes estranhos geralmente associado a alguma ideação auto-referencial de prejuízo (esquizofrenia)

PERCEÇÃO (SENSO-PERCEÇÃO)

- Não se pode separar a sensação da percepção.

A função senso-percetiva traduz-se pela capacidade da pessoa apreender na sua consciência os objetos do mundo, ou mesmo o próprio mundo;

Capta intuitivamente (órgãos sensoriais) e integra com significado (consciência reflexiva);

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

Percepção é o conhecimento do mundo através dos estímulos sensoriais.

PSICOPATOLOGIA DA PERCEÇÃO (SENSO-PERCEÇÃO)

Podem ser relativas a:

- **Intensidade** (hiperestesia, hipostesia)
- **Forma espacial** (micropsia, macropsia)
- **Erro/engano sensorial** (alucinose, ilusão e alucinação: auditiva, visual, olfativa, gustativa, táctil)

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

PSICOPATOLOGIA DA PERCEÇÃO (SENSO-PERCEÇÃO)

Alucinose

Termo introduzido por Wernicke (1848-1905) para indicar os estados alucinatórios agudos; **designa uma imagem patológica que possui todas as características da imagem alucinatória (sobretudo uma notável nitidez) menos a convicção de realidade ou participação do eu.**

A pessoa reconhece aquela experiência perceptiva como algo estranho a si mesmo, como um acontecimento patológico **(Egodistónicas)**

São de **natureza invariavelmente orgânica** (intoxicação de álcool ou de outras substâncias psicoativas, neurológicas).

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

PSICOPATOLOGIA DA PERCEÇÃO (SENSO-PERCEÇÃO)

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

Alucinose visual – encontrada em patologias e tumores neurológicos e abuso de drogas alucinogénicas.

PSICOPATOLOGIA DA PERCEÇÃO (SENSO-PERCEÇÃO)

Ilusão

Caracteriza-se pela **presença real de um estímulo ou um objeto com deformação do percebido**; é uma percepção alterada de um objeto real e presente.

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

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

PSICOPATOLOGIA DA PERCEÇÃO (SENSO-PERCEÇÃO)

Alucinações

Percepção clara, definida e convicta de um objeto inexistente (percepção sem objeto).

Tipos de Alucinações:

- auditivas (na esquizofrenia e perturbações do humor)
- visuais
- tácteis
- olfato-gustativas
- somáticas ou cinestésicas
- hipnopómpicas (precedem o sono)
- hipnagógicas (precedem o acordar)

PSICOPATOLOGIA DA PERCEÇÃO (SENSO-PERCEÇÃO)

Alucinações

Causas:

- Estados emocionais (perturbações de humor)
- Outros quadros clínicos (esquizofrenia)
- Orgânicas
- Distúrbio dos órgãos dos sentidos
- Consumo de substância alucinogénias
- Privação de sono
- Sugestão

PSICOPATOLOGIA DA PERCEÇÃO (SENSO-PERCEÇÃO)

Alucinações Auditivas

Mais Frequentes

(Esquizofrenia; Episódios Maníacos; Depressão)

Eco do pensamento;

Imperativas;

Insultuosas;

Dialogantes;

Reveladoras;

Ameaçadoras;

Comentadoras;

Amigáveis.

PSICOPATOLOGIA DA PERCEÇÃO (SENSO-PERCEÇÃO)

Alucinações Auditivas

São frequentes na fase inicial da Esquizofrenia, perdendo intensidade com evolução doença; a pessoa ouve vozes que falam ou dialogam entre si; sobre os seus pensamentos; sente-se o sujeito das argumentações das vozes; podem comentar as atividades 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** (ex: observar pausas, preocupação..." Agora mesmo parecia estar distraído está a ouvir alguém")

<http://www.youtube.com/watch?v=52jZJK48CvY>

PSICOPATOLOGIA DA PERCEÇÃO (SENSO-PERCEÇÃO)

Alucinações Auditivas

Na fase inicial do processo de doença, a pessoa pode estar perplexa antes da organização do delírio. Este tipo de alucinações possuem a característica de estruturar-se segundo o discurso delirante e provavelmente dependem de processos intelectuais.

Abordagem mais indireta

“É muito frequente as pessoas na sua situação por vezes ouvirem vozes mesmo quando não conseguem ver a pessoa que está a falar. Isso já alguma vez lhe aconteceu?”

PSICOPATOLOGIA DA PERCEÇÃO (SENSO-PERCEÇÃO)

Alucinações visuais

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

Zoopsias - são características do *delirium tremens*; o doente vê pequenos animais que lhe induzem medo intenso.

Alucinações tácteis

Geralmente são reportadas à derme. Podem ser sensações de animais pequenos circulando por debaixo da pele (associada a delírios de parasitação). Classicamente ocorrem nas psicoses tóxicas e na patologia orgânica (carcinomas mediastino e pulmão). Podem apresentar escoriações.

PSICOPATOLOGIA DA PERCEÇÃO (SENSO-PERCEÇÃO)

Alucinações Olfato-Gustativas

Odores ou sabores raramente agradáveis.

Frequentes na Epilepsia do lóbulo temporal, não sendo acompanhadas de delírios relacionados.

Pode ocorrer na esquizofrenia.

Devem fazer suspeitar de processos oncológicos ou traumáticos, quando surgem isoladas e sem alterações do comportamento.

Alucinações Somáticas ou Cinestésicas

Referidas ao interior do corpo ou alguma das suas partes. Raramente surgem isoladas. Pode surgir na pessoa com esquizofrenia ou com depressão grave. A pessoa refere que sente os seus órgãos mortos ou em decomposição (ou todo corpo) .

PSICOPATOLOGIA DA PERCEÇÃO (SENSO-PERCEÇÃO)

Alucinações Hipnagógicas

Ocorrem entre o estar acordado e a dormir (adormecer)

Alucinações Hipnopômpicas

Transição entre o sono e o estado alerta (acordar)

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

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

Associadas à narcolepsia (ataques súbitos, inevitáveis, incontroláveis e inadequados de sono)

MEMÓRIA

A representação de objetos ou significantes já vivenciados (a recordação) combina-se em unidades mais complexas – memória.

É uma atividade psíquica basal que inclui três tempos:

Fixação ou aquisição- o tempo a que se referem os factos recordados:

Fixação imediata ou de curto prazo – **memória recente**

Fixação definitiva ou de longo prazo – **memória remota**

Evocação – o tempo em que os factos são recordados.

Conservação ou consolidação – o tempo que medeia entre ambos.

PSICOPATOLOGIA DA MEMÓRIA

Amnésias ou hipomnésias (de fixação e conservação) – perda total ou parcial da função mnésica.

Incapacidade de reter (adquirir) e/ou recuperar (evocar) informação

Amnésias podem ser de causa orgânica (demência, intoxicação, síndrome Korsakoff, tumor) ou psicogénica.

Lacunar – perda da memória relativa a um período concreto, período de recordações indistintos.

Anterógrada – incapacidade de aprender ou reter **novos factos** (geralmente orgânico).

Retrógrada – incapacidade para recuperar informação que tenha sido armazenada previamente ao início da perturbação

Afetiva ou psicogénica – perda de memória devido carga emocional (situações de terror, pânico, medo - pert. amnésia dissociativa)

PSICOPATOLOGIA DA MEMÓRIA

Hipermnésias – exacerbação na evocação das recordações.

Recordação dos factos ocorre com detalhes que escapam às pessoas em estados normais.

Está relacionada com uma **aceleração do ritmo psíquico** geral.

Quando ocorre, a capacidade para **fixação e conservação de novos acontecimentos fica diminuída.**

(estados febris, induzida por substâncias psicoativas, vivência de situações de morte iminente e na aura epilética)

PSICOPATOLOGIA DA MEMÓRIA

Paramnésias – deformações do processo de evocação de conteúdos previamente fixados.

As **distorções** envolvem a **inclusão de detalhes, significados ou emoções falsas aos factos**.

Confabulações – memórias inventadas com que a pessoa preenche as suas lacunas mnésicas.

Falsos reconhecimentos (Déjà-vu) – uma situação vivida pela primeira vez é tomada como familiar e habitual.

Não reconhecimentos (Jamais-vu) - uma situação familiar é vivida como se fosse pela primeira vez.

Regressões hipnóticas (pseudo recordações?)

Memória (recordação) delirante – atribuição de um significado delirante a uma recordação exata.

INTELIGÊNCIA

Aptidão para descobrir novas soluções que fazendo uso adequado do pensamento. Capacidade de lidar com experiências novas utilizando as experiências prévias.

Avaliação clínica:

- Conhecimento geral
- Compreensibilidade
- Capacidade de abstração
- Cálculos elementares
- Identificação de moedas
- Resolução de problemas (atuação em situação específica)

FUNÇÕES BIOLÓGICAS VITAIS

Apetite

Anorexia,
Bulimia, *binge eating*,
Hiperfagia
Aberrações alimentares (coprofagia, pica ...)

Sede

Potomania, polidipsia

Sono

Hipersónia, insónia inicial, intermédia, terminal, total

Líbido

Conservada, aumentada (estado hipomaníaco, maníaco), diminuída (depressão),

Instinto de preservação

Ideias de morte, ideias de suicídio, auto flagelação/comp. auto lesivos