



Atualizado de acordo com
o DSM-5 e a CID-11

Paulo

Dalgalarro

Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais

3ª Edição

© Artmed Editora Ltda., 2019

Gerente editorial: *Leticia Bispo de Lima*

Colaboraram nesta edição:

Coordenadora editorial: *Cláudia Bittencourt*

Capa, projeto gráfico e editoração: *Paola Manica e equipe*

Preparação do original: *Camila Wisnieski Heck*

Leitura final: *Antonio Augusto da Roza*

Ilustrações: *Gilnei da Costa Cunha*

Produção digital: *Loope | www.loope.com.br*

D142p Dalgalarrodo, Paulo.
Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais [recurso eletrônico] / Paulo Dalgalarrodo. – 3. ed. – Porto Alegre :
Artmed, 2019.
E-pub.
Editado também como livro impresso em 2019.
ISBN 978-85-8271-506-2

1. Psicopatologia. 2. Transtornos mentais. I. Título.

CDU 616.89-008

Catálogo na publicação: Karin Lorien Menoncin – CRB 10/2147



Reservados todos os direitos de publicação à
ARTMED EDITORA LTDA., uma empresa do GRUPO A EDUCAÇÃO S.A.
Av. Jerônimo de Ornelas, 670 – Santana
90040-340 – Porto Alegre – RS
Fone: (51) 3027-7000 Fax: (51) 3027-7070

SÃO PAULO
Rua Doutor Cesário Mota Jr., 63 – Vila Buarque
01221-020 – São Paulo – SP
Fone: (11) 3221-9033

SAC 0800 703-3444 – www.grupoa.com.br

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora.

Rigorosamente, todas estas notícias são desnecessárias para a compreensão da minha aventura; mas é um modo de ir dizendo alguma coisa, antes de entrar em matéria, para a qual não acho porta grande nem pequena; o melhor é afrouxar a rédea à pena, e ela que vá andando, até achar entrada. Há de haver alguma; tudo depende das circunstâncias, regra que tanto serve para o estilo como para a vida; palavra puxa palavra, uma ideia traz outra, e assim se faz um livro, um governo, ou uma revolução; alguns dizem mesmo que assim é que a natureza compôs as suas espécies.

Machado de Assis
*(em Primas de Sapucaia,
Histórias sem data, 1884)*



Prefácio à 3ª edição¹

Esta nova edição de *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* foi cuidadosa e amplamente revista, buscando oferecer a estudantes e profissionais, além de conceitos descritivos da rica tradição da psicopatologia, os conhecimentos científicos contemporâneos mais relevantes sobre a mente humana e seus transtornos. Assim, considerando os sistemas diagnósticos de transtornos mentais da atualidade (DSM e CID), são apresentados conceitos psicopatológicos, diretrizes e critérios diagnósticos, sempre que possível, correspondentes às versões mais recentes desses sistemas. Foi consultada a recém-publicada classificação da Organização Mundial da Saúde, CID-11, além das publicações sobre tal classificação. Buscou-se, ainda, integrar conceitos e definições da nova linha de pesquisa em transtornos mentais, o chamado Research Domain Criteria (RDoC), do National Institute of Mental Health (NIMH), dos Estados Unidos.

A psicopatologia é, não se deve esquecer, uma linguagem, um idioma; e, como já assinalou o grande psicopatólogo francês Philippe E. A. Chaslin (1857-1923), uma *ciência bem feita* necessita de *um idioma bem construído*, claro, compreensível e honesto para a comunicação dos fatos clínicos.

Além da expansão e da atualização do conteúdo, foi desenvolvido, para a presente edição, um *hotsite* exclusivo em que o leitor pode acessar materiais complementares, como: instrumentos, escalas e modelos de histórias clínicas, que auxiliarão em sua prática clínica; textos históricos citados no livro, para os interessados em conhecer a história da psicopatologia e suas bases conceituais; um breve atlas com imagens neuroanatômicas, para ajudar os estudantes na compreensão dos conteúdos; instrumentos padronizados de avaliação psicológica e neuropsicológica, para pesquisa ou mesmo para avaliações clínicas quantificáveis (ou mais objetificáveis); além de questões para revisão dos conhecimentos adquiridos em cada capítulo e um glossário de denominações populares relacionadas a comportamentos, estados e transtornos mentais, substâncias psicoativas e psicopatologia em geral.

Não posso deixar de mencionar e agradecer a um grupo de professores, profissionais e estudantes de graduação que gentilmente contribuíram com esta nova edição, lendo criticamente as primeiras versões, apontando falhas e fazendo valiosas sugestões. O psicólogo de nosso departamento na Unicamp, Luiz Fernando L. Pegoraro, contribuiu com revisões detalhadas de vários capítulos, assim como com orientações e sugestões referentes a testes padronizados em avaliação psicológica e neuropsicológica. A psicóloga Rafaela T. Zorzanelli, professora da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), leu e fez valiosas sugestões sobre os capítulos e pontos de interface entre psicopatologia e epistemologia, filosofia e antropologia médica. Lucas F. B. Mella e Luiz Fernando Lima e Silva, psiquiatras de idosos da Unicamp, revisaram cuidadosamente os temas de psicopatologia do idoso.

Meu companheiro fraterno na psicopatologia, com quem busco, no dia a dia, a decifração de pacientes com transtornos mentais graves e intrigantes, Claudio E.M. Banzato, leu, comentou e revisou partes importantes do livro, sempre com olhar apurado e mente lúcida. Fez sugestões valiosíssimas, com precisão e generosidade.

Também leram os rascunhos desta edição Gabriela Jacques de Moraes Dalgalarrodo e Leticia Daher Pereira, estudantes de graduação em psicologia, e Luísa Rocco Banzato, Elisa de Carvalho Iwamoto e Rafael Daher Pereira, estudantes de medicina, devolvendo ao autor uma primeira perspectiva que estudantes de graduação terão ao ler o livro. Permitiram, assim, que eu pudesse adequar ao máximo o texto aos leitores nas diversas fases do aprendizado. O médico-residente em psiquiatria Rafael Gobbo me ajudou com sugestões no capítulo sobre sexualidade. Luísa Jacques de Moraes Dalgalarrodo contribuiu nos temas relacionados a percepção e emoção, sobretudo as não conscientes.

Minha amiga querida, psiquiatra de crianças e adolescentes e psicanalista, Eloísa Valler Celeri leu várias das partes relacionadas a infância e adolescência e a conceitos psicanalíticos, apontando falhas e fazendo sugestões valiosas.

Nosso jovem amigo/filho acadêmico e professor de psiquiatria da Unicamp, Amilton dos Santos Júnior, fez sugestões valiosas e me ajudou na pesquisa bibliográfica. A psicóloga Juliana T. Fiquer, pesquisadora da comunicação não verbal em psicopatologia, deu importante contribuição, revisando o capítulo sobre o tema (que é novo nesta edição).

As professoras de nosso departamento Renata C. S. de Azevedo, especialista em dependência química, e Ana Maria G. R. Oda, psiquiatra/historiadora da psiquiatria, fizeram correções e deram sugestões generosas e atualizadas, bem como ajudaram a encontrar artigos de grandes autores da área. Alexandre Saadeh, do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, forneceu orientação, com toda sua generosidade e experiência, no campo da sexualidade humana.

Também devo assinalar minha gratidão aos demais colegas do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, que todas as terças-feiras, em nossas reuniões clínicas, discutem questões psicopatológicas e dilemas humanos referentes a pacientes com os mais diferentes quadros e dificuldades. Sou aluno e devedor dessa nossa pequena e íntima escola de psicopatologia.

Minha esposa, Mônica Jacques de Moraes, fez preciosas sugestões para a organização geral do livro, com sua visão pragmática e inteligente. Meus amigos fraternos, Neury José Botega e Mário E. Costa Pereira, me deram, como sempre, dicas e conselhos sábios. Utilizei-os na medida de minhas possibilidades.

Finalmente, agradeço a Artmed Editora pelo incentivo, paciência, apoio e compreensão na realização desta 3ª edição. As pessoas que estão à frente dessa grande editora não pouparam esforços em me ajudar com material bibliográfico e sugestões para que a edição ficasse o melhor do que podemos produzir nesta fase da vida e do conhecimento científico e humanístico disponível.

Desde a 1ª edição até esta, este livro persegue um fim, busca realizar um projeto específico e relativamente ambicioso: construir e tornar disponível uma obra formada por duas grandes correntes do conhecimento científico e humanístico sobre os transtornos mentais.

A primeira dessas duas correntes é a tradição da psicopatologia, construída de forma artesanal (e, muitas vezes, genial), com apuradíssimo método de observação e análise de dados clínicos, desenvolvida pelos grandes autores dos séculos XIX e XX, bebedores das melhores fontes da tradição filosófica e clínica. A segunda corrente é constituída pelas neurociências cognitivas modernas, possivelmente uma das mais produtivas áreas do conhecimento científico atual, com implicações crescentes para o conhecimento dos transtornos psicopatológicos. Se, ao unirmos a valiosa tradição psicopatológica com as sofisticadas neurociências modernas, foi possível ou não produzir uma obra útil e relevante, cabe apenas aos leitores decidir.

¹ Para ler os Prefácios da 1ª e da 2ª edição, acesse o *hotsite* do livro.



Sumário

Parte I: Aspectos gerais da psicopatologia

Capítulo 1 | Introdução geral à semiologia psiquiátrica

Capítulo 2 | Definição de psicopatologia e ordenação dos seus fenômenos

Capítulo 3 | Os principais campos e tipos de psicopatologia

Capítulo 4 | A questão da normalidade e da medicalização

Capítulo 5 | Contribuições das neurociências à psicopatologia

Capítulo 6 | Contribuições da filosofia à psicopatologia

Capítulo 7 | Princípios gerais do diagnóstico psicopatológico

Parte II: Avaliação do paciente e funções psíquicas alteradas

Capítulo 8 | A avaliação do paciente

Capítulo 9 | A entrevista com o paciente

Capítulo 10 | Aspecto geral do paciente e comunicação não verbal

Funções psíquicas elementares e suas alterações no exame do estado mental

Capítulo 11 | Introdução às funções psíquicas elementares

Capítulo 12 | A consciência e suas alterações

Capítulo 13 | A atenção e suas alterações

Capítulo 14 | A orientação e suas alterações

Capítulo 15 | As vivências do tempo e do espaço e suas alterações

Capítulo 16 | A sensopercepção e suas alterações (incluindo a representação e a imaginação)

Capítulo 17 | A memória e suas alterações

Capítulo 18 | A afetividade e suas alterações

Capítulo 19 | A vontade, a psicomotricidade, o agir e suas alterações

Capítulo 20 | O pensamento e suas alterações

Capítulo 21 | O juízo de realidade e suas alterações (o delírio)

Capítulo 22 | A linguagem e suas alterações

Funções psíquicas compostas e suas alterações

Capítulo 23 | Introdução às funções psíquicas compostas

Capítulo 24 | O eu, o *self*: psicopatologia

Capítulo 25 | A personalidade e suas alterações

Capítulo 26 | Inteligência e cognição social

Parte III: As grandes síndromes psicopatológicas

Capítulo 27 | Do sintoma à síndrome

Capítulo 28 | As síndromes da psicopatologia, os transtornos e os modos de proceder em relação aos diagnósticos

Capítulo 29 | Síndromes depressivas

Capítulo 30 | Síndromes maníacas e transtorno bipolar

Capítulo 31 | Síndromes ansiosas e síndromes com importante componente de ansiedade

Capítulo 32 | Síndromes psicóticas (quadros do espectro da esquizofrenia e outras psicoses)

Capítulo 33 | Síndromes psicomotoras

Capítulo 34 | Síndromes relacionadas ao comportamento alimentar

Capítulo 35 | Transtornos devidos ou relacionados a substâncias e comportamentos aditivos

Capítulo 36 | Síndromes relacionadas ao sono

Capítulo 37 | Sexualidade e psicopatologia

Capítulo 38 | Transtornos neurocognitivos (síndromes mentais orgânicas)

Capítulo 39 | Demências e outros transtornos neurocognitivos de longa duração

Capítulo 40 | Síndromes relacionadas à cultura

Referências

Conheça também

Grupo A



Parte I

Aspectos gerais da psicopatologia





1. Introdução geral à semiologia psiquiátrica

Um dia escrevi que tudo é autobiografia, que a vida de cada um de nós a estamos contando em tudo quanto fazemos e dizemos, nos gestos, na maneira como nos sentamos, como andamos e olhamos, como viramos a cabeça ou apanhamos um objeto no chão. Queria eu dizer então que, vivendo rodeados de sinais, nós próprios somos um sistema de sinais.

José Saramago

O QUE É SEMIOLOGIA (EM GERAL E SEMIOLOGIA MÉDICA E PSICOPATOLÓGICA)

A semiologia, tomada em um sentido geral, é a **ciência dos signos**, não se restringindo, obviamente, à medicina, à psiquiatria ou à psicologia. É campo de grande importância para o estudo da linguagem (semiótica linguística), da música (semiologia musical), das artes em geral e de todos os campos de conhecimento e de atividades humanas que incluam a interação e a comunicação entre dois interlocutores por meio de sistemas de signos.

Já a **semiologia psicopatológica**, por sua vez, é o estudo dos **sinais e sintomas dos transtornos mentais**.

Entende-se por semiologia médica o estudo dos sintomas e dos sinais das doenças, o qual permite ao profissional da saúde identificar alterações físicas e mentais, ordenar os fenômenos observados, formular diagnósticos e empreender terapêuticas.

Embora esteja intimamente relacionada à linguística, a semiologia geral não se limita a esta, uma vez que o signo transcende a esfera da língua. São também signos os gestos, as atitudes e os comportamentos não verbais, os sinais matemáticos, os signos musicais, etc. De fato, a semiologia geral como ciência dos signos foi postulada pelo linguista suíço Ferdinand de Saussure [1916] (1970, p. 24), que afirmou:

Pode-se, então, conceber uma ciência que estude a vida dos signos no seio da vida social; [...] chamá-la-emos de Semiologia (do grego *semeion*, “signo”). Ela nos ensinará em que consistem os signos, que leis os regem.

Charles Morris (1946) discrimina três campos distintos no interior da semiologia: a **semântica**, responsável pelo estudo das relações entre os signos e os objetos a que se referem; a **sintaxe**, que compreende as regras e leis que regem as relações entre os vários signos de um sistema; e, por fim,

a **pragmática**, que se ocupa das relações entre os signos e seus usuários, os sujeitos que os utilizam concretamente, em situações e contextos sociais e históricos do dia a dia.

O **signo** é o elemento nuclear da semiologia; ele está para a semiologia assim como a célula está para a biologia e o átomo para a física. O signo é um tipo de sinal. Define-se sinal como qualquer estímulo emitido pelos objetos do mundo. Assim, por exemplo, a fumaça é um sinal do fogo, a cor vermelha, do sangue, etc.

O signo é um sinal especial, sempre provido de significação. Dessa forma, na semiologia médica, sabe-se que a febre pode ser um sinal/signo de uma infecção, ou a fala extremamente rápida e fluente pode ser um sinal/signo de uma síndrome maníaca. A semiologia médica e a psicopatológica tratam particularmente dos signos que indicam a existência de transtornos e patologias.

Os signos de maior interesse para a psicopatologia são os **sinais comportamentais** objetivos, verificáveis pela observação direta do paciente, e os **sintomas**, isto é, as vivências subjetivas relatadas pelos indivíduos, suas queixas e narrativas, aquilo que o sujeito experimenta e, de alguma forma, comunica a alguém.

Sá Junior (1988) apresenta uma definição de sintoma e sinal um pouco diferente. Ele discrimina os **sintomas objetivos** (observados pelo examinador) dos **sintomas subjetivos** (percebidos apenas pelo paciente). Os **sinais**, por sua vez, são definidos como *dados elementares das doenças que são provocados (ativamente evocados) pelo examinador* (sinal de Romberg, sinal de Babinski, etc.).

Segundo o linguista russo Roman Jakobson (1896-1982), já os antigos filósofos estoicos desmembraram o signo em dois elementos básicos: *signans* (o significante) e *signatum* (o significado) (Jakobson, 1962; 1975). Assim, todo signo é constituído por estes dois elementos: o **significante**, que é o suporte material, o veículo do signo; e o **significado**, isto é, aquilo que é designado e que está ausente, o conteúdo do veículo.

De acordo com o filósofo norte-americano Charles S. Peirce (1839-1914), segundo as relações entre o **significado (conteúdo)** e o **significante (suporte material)** de um signo, há três tipos de signos: o ícone, o indicador e o símbolo (Peirce, 1904/1974).

O **ícone** é um tipo de signo no qual o elemento significante evoca imediatamente o significado, graças a uma grande semelhança entre eles, como se o significante fosse uma “fotografia” do significado. O desenho esquemático no papel de uma casa pode ser considerado um ícone do objeto casa.

No caso do **indicador**, ou índice, a relação entre o significante e o significado é de contiguidade; o significante é um índice, algo que aponta para o objeto significado. Assim, uma nuvem é um indicador de chuva, e a fumaça, de fogo.

O **símbolo**, por sua vez, é um tipo de signo totalmente diferente do ícone e do indicador; aqui, o elemento significante e o objeto ausente (significado) são distintos em aparência e sem relação de contiguidade. Não há qualquer relação direta entre eles; trata-se de uma **relação puramente convencional e arbitrária**. Entre o conjunto de letras agrupadas “C-A-S-A” e o objeto “casa” não existe qualquer semelhança (visual ou de qualquer outro tipo), o que constitui uma relação totalmente convencional. Por isso, o sentido e o valor de um símbolo dependem necessariamente das relações que este mantém com os outros símbolos do sistema simbólico total; depende, por exemplo, da ausência ou presença de outros símbolos que expressam significados próximos ou antagônicos a ele.

DIMENSÃO DUPLA DO SINTOMA PSICOPATOLÓGICO: INDICADOR E ELEMENTO SIMBÓLICO AO MESMO TEMPO

Os sintomas médicos e psicopatológicos têm, como signos, uma dimensão dupla. Eles são tanto um índice (indicador) como um símbolo. O sintoma como índice sugere uma disfunção que está em outro ponto do organismo ou do aparelho psíquico; porém, aqui, a relação do sintoma com a disfunção de base é, em certo sentido, de contiguidade. A febre pode corresponder a uma infecção que induz os leucócitos a liberarem certas citocinas, que, por sua ação no hipotálamo, produzem o aumento da temperatura. Assim, o sintoma febre tem determinada relação de contiguidade com o processo infeccioso de base.

Além de tal dimensão de indicador, os sintomas psicopatológicos, ao serem nomeados pelo paciente, por seu meio cultural ou pelo médico, passam a ser “símbolos linguísticos” no interior de uma linguagem.

No momento em que recebe um nome, o sintoma adquire o *status* de símbolo, de signo linguístico arbitrário, que só pode ser compreendido dentro de um sistema simbólico dado, em determinado universo cultural. Dessa forma, a angústia manifesta-se (e realiza-se) ao mesmo tempo como *mãos*

geladas, tremores e aperto na garganta (que indicam, p. ex., uma disfunção no sistema nervoso autônomo), e, ao ser tal estado designado como *nervosismo, neurose, ansiedade ou gastura*, passa a receber certo significado simbólico e cultural (por isso, convencional e arbitrário), que só pode ser adequadamente compreendido e interpretado tendo-se como referência um universo cultural específico, um sistema de símbolos determinado.

A semiologia psicopatológica, portanto, cuida especificamente do estudo dos sinais e sintomas produzidos pelos transtornos mentais, signos que sempre contêm essa dupla dimensão.

DIVISÕES DA SEMIOLOGIA

A semiologia (tanto a médica como a psicopatológica) pode ser dividida em duas grandes subáreas: semiotécnica e semiogênese (Marques, 1970).

A **semiotécnica** refere-se a técnicas e procedimentos específicos de observação e coleta de sinais e sintomas, assim como da descrição de tais sintomas. No caso dos transtornos mentais, a semiotécnica concentra-se na entrevista direta com o paciente, seus familiares e demais pessoas com as quais convive.

A coleta de sinais e sintomas requer a habilidade sutil em formular as perguntas mais adequadas para o estabelecimento de uma relação produtiva e a consequente identificação dos signos dos transtornos mentais. São fundamentais o tipo de perguntas e “como” e “quando” fazê-las, assim como o modo de interpretar as respostas e a decorrente formulação de novas perguntas.

Além disso, é crucial, sobretudo para a semiotécnica em psicopatologia, a observação minuciosa, atenta e perspicaz do comportamento do paciente, do conteúdo de seu discurso e do seu modo de falar, da sua mímica, da postura, da vestimenta, da forma como reage e do seu estilo de relacionamento com o entrevistador, com seus familiares e, eventualmente, com outros pacientes.

Já a **semiogênese**, por sua vez, é o campo de investigação da origem, dos mecanismos de produção, do significado e do valor diagnóstico e clínico dos sinais e sintomas.

Por fim, alguns autores utilizam o termo “propedêutica médica” ou “psiquiátrica” para designar a semiologia. O termo **propedêutica**, de modo geral, é empregado em várias áreas do saber para designar o ensino prévio, os conhecimentos preliminares necessários ao início de uma ciência ou filosofia. Prefiro o termo “semiologia” a “propedêutica”, mas reconheço que a semiologia psicopatológica (como propedêutica) pode ser concebida como uma ciência preliminar, necessária a todo estudo psicopatológico e prática clínica em psiquiátrica e em psicologia clínica.

SÍNDROMES E ENTIDADES NOSOLÓGICAS (TRANSTORNOS ESPECÍFICOS)

Na prática clínica, os sinais e os sintomas não ocorrem de forma aleatória; surgem em certas associações, certos **clusters** (agrupamentos) mais ou menos frequentes. Definem-se, portanto, as **síndromes** como agrupamentos relativamente constantes e estáveis de determinados sinais e sintomas.

Entretanto, ao se delimitar uma síndrome (como síndrome depressiva, demencial, paranoide, etc.), não se trata ainda da definição e da identificação de causas específicas, de um curso e evolução relativamente homogêneos e de uma estrutura básica do processo patológico. A síndrome é puramente uma definição descritiva de um conjunto momentâneo e recorrente de sinais e sintomas.

Denominam-se, em medicina e psiquiatria, **entidades nosológicas, doenças ou transtornos específicos** (como esquizofrenia, doença de Alzheimer, anorexia nervosa, etc.). São os fenômenos mórbidos nos quais podem-se identificar (ou pelo menos presumir com certa consistência) certas **causas** ou fatores causais (**etiologia**), o **curso** relativamente homogêneo, certos **padrões evolutivos** e **estados terminais** típicos.

Além disso, nas entidades nosológicas ou transtornos, busca-se identificar **mecanismos psicológicos e psicopatológicos** característicos, antecedentes genético-familiares algo específicos e respostas a tratamentos e intervenções mais ou menos previsíveis.

Em psicopatologia e psiquiatria, frequentemente somos obrigados a trabalhar no âmbito das síndromes, pois, muitas vezes, o diagnóstico preciso de entidades nosológicas, doenças ou transtornos específicos é difícil ou incerto. Embora muito esforço tenha sido (há mais de 200 anos!) empreendido no sentido de se identificar transtornos mentais específicos bem delimitados, na prática isso ainda não se consegue em todos os casos clínicos.

Cabe, ainda, lembrar que o reconhecimento dessas entidades não tem apenas um interesse científico ou acadêmico (valor teórico); ele geralmente viabiliza ou facilita o desenvolvimento de

procedimentos e intervenções terapêuticos e preventivos mais eficazes (valor pragmático).



2. Definição de psicopatologia e ordenação dos seus fenômenos

Um fenômeno é sempre biológico em suas raízes e social em sua extensão final. Mas nós não nos devemos esquecer, também, de que, entre esses dois, ele é mental.

Jean Piaget

Campbell (1986) define a psicopatologia como o ramo da ciência que trata da natureza essencial da doença ou transtorno mental – suas causas, as mudanças estruturais e funcionais associadas a ela e suas formas de manifestação. Entretanto, nem todo estudo psicopatológico segue a rigor os ditames de uma “ciência dura”, “ciência *sensu strictu*”. A psicopatologia, em acepção mais ampla, pode ser definida como o conjunto de conhecimentos referentes ao adoecimento mental do ser humano. É um conhecimento que se esforça por ser sistemático, elucidativo e desmistificante.

Como conhecimento que visa ser científico, a psicopatologia não inclui critérios de valor, nem aceita dogmas ou verdades *a priori*. Ao se estudar e praticar a psicopatologia, não se julga moralmente aquilo que se estuda; busca-se apenas observar, identificar e compreender os diversos elementos do transtorno mental. Além disso, em psicopatologia, deve-se rejeitar qualquer tipo de dogma, qualquer verdade pronta e intocável, seja ela religiosa, seja ela filosófica, psicológica ou biológica; o conhecimento que se busca está permanentemente sujeito a revisões, críticas e reformulações. Ou seja, a psicopatologia como ciência dos transtornos mentais requer um debate científico e público constante de todos os seus postulados, noções e verdades encontradas.

O campo da psicopatologia inclui uma variedade de fenômenos humanos especiais, associados ao que se denominou historicamente de doença mental. São vivências, estados mentais e padrões comportamentais que apresentam, por um lado, uma especificidade psicológica (as vivências das pessoas com doenças mentais apresentam dimensão própria, genuína, não sendo apenas “exageros” do normal) e, por outro, conexões complexas com a psicologia do normal (o mundo da doença mental não é totalmente estranho ao mundo das experiências psicológicas “normais”).

A psicopatologia tem boa parte de suas raízes na tradição médica (na obra dos grandes clínicos e alienistas do passado, sobretudo dos séculos XVIII até o presente), que propiciou, nos últimos 300 anos, a observação prolongada e cuidadosa de um considerável contingente de pessoas com transtornos mentais.

Em outra vertente, a psicopatologia nutre-se de uma tradição humanística e universitária (filosofia, literatura, artes, psicologia, psicanálise), a qual sempre viu na “alienação mental”, no *pathos* do

sofrimento mental extremo, uma possibilidade excepcionalmente rica de reconhecimento de dimensões humanas que, sem o fenômeno “doença mental”, permaneceriam desconhecidas.

Apesar de se beneficiar das tradições neurológicas, psicológicas e filosóficas, a psicopatologia não se confunde com a neurologia das chamadas funções corticais superiores (não se resume, portanto, a uma ciência natural dos fenômenos relacionados às zonas associativas do cérebro lesado) nem com a hipotética psicologia das funções mentais desviadas. Assim, podemos defini-la como uma ciência autônoma, e não um prolongamento da neurologia, da neuropsicologia ou da psicologia (seja ela experimental, seja ela psicométrica ou social). Ela é ricamente nutrida por essas tradições, mas não se confunde com elas.

Karl Jaspers (1883-1969), um dos principais autores da psicopatologia moderna, pensa que esta é uma ciência básica, que serve de auxílio à psiquiatria e à psicologia clínica, a qual é, por sua vez, um conhecimento aplicado a uma prática profissional e social concreta. Jaspers é muito claro em relação aos **limites da psicopatologia**: embora o objeto de estudo seja o ser humano na sua totalidade (“Nosso tema é o homem todo em sua enfermidade.” [Jaspers, 1913/1979]), os limites da ciência psicopatológica consistem precisamente em **nunca** se poder **reduzir** por completo o **ser humano a conceitos psicopatológicos**. O domínio dessa ciência, segundo ele, estende-se a “[...] todo fenômeno psíquico que possa ser apreendido em conceitos de significação constantes e com possibilidade de comunicação” (Jaspers, 1979, p. 13). Assim, a psicopatologia, como **ciência**, exige um rigoroso **pensamento conceitual**, que seja **sistemático** e que possa ser **comunicado de modo inequívoco**.

Entretanto, na **prática profissional**, no trabalho clínico, além da ciência psicopatológica que o clínico deve ter, participam ainda **opiniões instintivas**, uma **intuição pessoal** que nunca se pode comunicar. Dessa forma, a ciência psicopatológica é tida como uma das abordagens possíveis do ser humano mentalmente doente, uma parte do que compõe o saber clínico, mas não o único saber ou conhecimento. Há, ao lado da ciência, a arte do trabalho clínico, as habilidades, intuições que compõem o encontro clínico.

Em todo indivíduo, oculta-se algo que não se consegue conhecer, pois a ciência requer um pensamento conceitual sistemático, o qual cristaliza e torna evidente, mas também aprisiona e limita, o conhecimento. Quanto mais conceitualiza, afirma Jaspers, “[...] quanto mais reconhece e caracteriza o típico, o que se acha de acordo com os princípios, tanto mais reconhece que, em todo indivíduo, se oculta algo que não pode conhecer” (Jaspers, 1979, p. 12).

Assim, a psicopatologia como ciência sempre perde, obrigatoriamente, aspectos essenciais do ser humano, sobretudo nas dimensões existenciais, estéticas, éticas e metafísicas. O filósofo Hans-Georg Gadamer (1900-2002) postula para a arte o que pode ser também formulado para a prática clínica (Gadamer, 1990, p. 220):

[...] diante de uma obra de arte, experimentamos uma verdade inacessível por qualquer outra via; é isso o que constitui o significado filosófico da arte. Da mesma forma que a experiência da filosofia, também a experiência da arte incita a consciência científica a reconhecer seus limites.

Dito de outra forma, não se pode compreender ou explicar tudo o que existe em um ser humano por meio de conceitos psicopatológicos. Assim, ao se diagnosticar Van Gogh como esquizofrênico (ou epilético, maníaco-depressivo ou qualquer que seja o diagnóstico formulado), ao se fazer uma análise psicopatológica de sua biografia, isso nunca explicará totalmente sua vida e sua obra. Sempre resta algo que transcende à psicopatologia e mesmo à ciência, permanecendo no domínio do mistério.

FORMA E CONTEÚDO DOS SINTOMAS: PATOGÊNESE E PATOPLASTIA

Em geral, quando se estudam os sintomas psicopatológicos, dois aspectos básicos devem ser enfocados: a **forma** dos sintomas, isto é, sua estrutura básica, relativamente semelhante nos diversos pacientes e nas diversas sociedades (a forma “alucinação”, “delírio”, “ideia obsessiva”, “fobia”, etc.), e seu **conteúdo**, ou seja, aquilo que preenche a alteração estrutural (o conteúdo de culpa, religioso, de perseguição, de um delírio, de uma alucinação ou de uma ideia obsessiva, por exemplo).

Na tradição psicopatológica, seguindo-se o modelo proposto pelo psicopatólogo alemão Karl Birbaum (1878-1950), a forma dos sintomas se relaciona ao que ele chamou de **patogênese**, que representa o processo de como os diferentes sintomas da psicopatologia se formam e se estruturam.

À configuração e preenchimento dos conteúdos dos sintomas, ou seja, como a forma é preenchida pelos temas específicos, Birbaum (1923) denominou **patoplastia**. Assim, os contornos específicos dos

sintomas, os temas e histórias que preenchem essas manifestações, dependentes da história de vida singular do paciente e da cultura em que vive, são determinados pela chamada patoplastia.

Enfim, a forma (*patogênese*) seria mais geral e universal, comum a todos os pacientes, em todas ou quase todas as culturas, enquanto o conteúdo (*patoplastia*) seria algo bem mais pessoal, dependendo da história de vida singular do indivíduo, de seu universo cultural específico e da personalidade e cognição prévias ao adoecimento (Birbaum, 1924).

De modo geral, embora sejam pessoais, singulares, os conteúdos dos sintomas são extraídos ou constituídos pelos temas centrais da existência humana, como sobrevivência e segurança, sexualidade, ameaças e temores básicos (morte, doença, miséria, abandono, desamparo, etc.), religiosidade, entre outros. Esses temas representam uma espécie de substrato que participa como ingrediente fundamental na constituição da experiência psicopatológica. Nesse sentido, os **Quadros 2.1** e **2.2** apresentam um esquema simplificado de temas e temores básicos e universais do ser humano.

Quadro 2.1 | Temas existenciais básicos que com frequência se expressam no conteúdo dos sintomas psicopatológicos

TEMAS E INTERESSES CENTRAIS PARA O SER HUMANO	O QUE BUSCA E DESEJA
<ul style="list-style-type: none"> Alimentação Sexo Conforto físico 	<ul style="list-style-type: none"> Sobrevivência Prazer
<ul style="list-style-type: none"> Poder (econômico, político, social, etc.) Prestígio Relacionar-se com os outros 	<ul style="list-style-type: none"> Segurança Controle sobre si e sobre os outros Ser reconhecido pelos demais

Quadro 2.2 | Temores que frequentemente se expressam no conteúdo dos sintomas psicopatológicos

TEMORES CENTRAIS DO SER HUMANO	FORMAS FREQUENTES DE LIDAR COM TAIS TEMORES
<ul style="list-style-type: none"> Morte 	<ul style="list-style-type: none"> Religião/mundo místico Continuidade através das novas gerações
<ul style="list-style-type: none"> Ter uma doença grave Sofrer dor física ou moral Miséria 	<ul style="list-style-type: none"> Vias sobrenaturais/medicina/psicologia, etc.
<ul style="list-style-type: none"> Falta de sentido existencial Perda da identidade e do sentido do <i>self</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Relações interpessoais significativas Cultura

A ORDENAÇÃO DOS FENÔMENOS EM PSICOPATOLOGIA

O estudo da doença ou transtorno mental, como o de qualquer outro objeto, se inicia pela observação cuidadosa de suas manifestações. A observação articula-se dialeticamente com a ordenação dos fenômenos. Isso significa que, para observar, também é preciso definir, classificar, interpretar e ordenar o objeto observado em determinada perspectiva, seguindo certa lógica observacional e classificatória.

Assim, desde Aristóteles, o problema da classificação está intimamente ligado ao da definição e do conhecimento de modo geral. Segundo ele, definir é indicar o *gênero próximo* e a *diferença específica*. Isso quer dizer que definir é, por um lado, afirmar a que o fenômeno definido se assemelha, do que é aparentado, com o que deve ser agrupado (*gênero próximo*) e, por outro, identificar do que ele se diferencia, ao que é estranho ou oposto (*diferença específica*). Portanto, na linha aristotélica, o problema da classificação é a questão da unidade e da variedade dos fatos e dos conhecimentos que sobre eles são produzidos.

Classicamente, distinguem-se três tipos de fenômenos humanos para a psicopatologia:

- 1. Fenômenos semelhantes em todas ou quase todas as pessoas.** É o plano dos fenômenos psicológicos, fisiológicos, daquilo que é o normal. De modo geral, todo ou quase todo ser humano sente fome, sede ou sono. Aqui se inclui também o medo de um animal perigoso, a ansiedade perante desafios difíceis, o desejo por uma pessoa amada, etc. Embora haja uma qualidade pessoal própria para cada ser humano, certas experiências são basicamente semelhantes para todos.

2. **Fenômenos em parte semelhantes e em parte diferentes.** É o plano em que o psicológico e o psicopatológico se sobrepõem. São fenômenos que o ser humano comum experimenta, mas que apenas em parte são semelhantes aos vivenciados pela pessoa com transtorno mental. Assim, todo indivíduo comum pode sentir tristeza, mas a alteração profunda, avassaladora, que uma paciente com depressão psicótica experimenta é apenas parcialmente semelhante à tristeza normal. A depressão grave, por exemplo, com ideias de ruína, lentificação psicomotora, apatia, etc., introduz algo qualitativamente novo na experiência humana.
3. **Fenômenos qualitativamente novos, distintos das vivências normais.** É o campo específico das ocorrências e vivências psicopatológicas. São praticamente próprios a apenas (ou quase apenas) certas doenças, transtornos e estados mentais. Aqui, incluem-se alguns fenômenos psicóticos, como alucinações e delírios, ou cognitivos, como turvação da consciência, alteração da memória nas demências, entre outros.



3. Os principais campos e tipos de psicopatologia

Um das principais características da psicopatologia, como campo de conhecimento, é a multiplicidade de abordagens e referenciais teóricos que tem incorporado nos últimos 200 anos. Tal multiplicidade é vista por alguns como “debilidade” científica, como prova de sua imaturidade. Os psicopatólogos são criticados por essa diversidade de “explicações” e teorias, por seu aspecto híbrido em termos epistemológicos (Ionesco, 1994).

Dizem alguns que, quando se conhece realmente algo, tem-se apenas uma teoria que explica cabalmente e organiza a observação dos fatos; quando não se conhece a realidade que se estuda, são construídas centenas de teorias conflitantes. Discordo de tal visão; querer uma única “explicação”, uma única concepção teórica que resolva todos os problemas e dúvidas de uma área tão complexa e multifacetada como a psicopatologia, é impor uma solução simplista e artificial, que deformaria o fenômeno psicopatológico.

A psicopatologia é, por natureza e destino histórico, um campo de conhecimento que requer debate constante e aprofundado, no qual não há e não pode haver uma teoria ou perspectiva amplamente hegemônica. Aqui, o conflito de ideias não é uma debilidade, mas uma necessidade. Não se avança em psicopatologia negando e anulando diferenças conceituais e teóricas; evolui-se, sim, pelo esforço de esclarecimento e aprofundamento de tais diferenças, em discussão aberta, desmistificante e honesta.

A seguir, são apresentadas algumas das principais correntes da psicopatologia, dispostas de forma arbitrária, por motivos estritamente didáticos, em pares antagônicos.

PSICOPATOLOGIA DESCRITIVA VERSUS PSICOPATOLOGIA DINÂMICA

Para a **psiquiatria descritiva**, interessa fundamentalmente a descrição das formas de alterações psíquicas, as estruturas dos sintomas, aquilo que caracteriza e descreve a vivência patológica como sintoma mais ou menos típico.

Já para a **psiquiatria dinâmica** interessa o conteúdo das vivências, os movimentos internos de afetos, desejos e temores do indivíduo, sua experiência particular, pessoal, singular, não necessariamente classificável em sintomas previamente descritos.

A boa prática em saúde mental implica a combinação hábil e equilibrada de uma abordagem descritiva, diagnóstica e objetiva e de uma abordagem dinâmica, pessoal e subjetiva do paciente e de sua

doença. Assim, logo na introdução de seu tratado de psiquiatria, Eugen Bleuler (1857-1939) afirma que:

Quando um médico se defronta com a grande tarefa de ajudar uma pessoa psiquicamente enferma, vê à sua frente dois caminhos: ele pode registrar o que é mórbido. Irá, então, a partir dos sintomas da doença, concluir pela existência de um dos quadros mórbidos impessoais que foram descritos. [...] ou pode trilhar outro caminho: pode escutar o doente como se fosse um amigo de confiança. Nesse caso, dirigirá a sua atenção menos para constatar o que é mórbido, para anotar sintomas psicopatológicos e, a partir disso, chegar a um diagnóstico impessoal, e mais para tentar compreender uma pessoa humana na sua singularidade e co-vivenciar suas aflições, seus temores, seus desejos e suas expectativas pessoais (Bleuler, 1985, p. 1).

PSICOPATOLOGIA MÉDICA VERSUS PSICOPATOLOGIA EXISTENCIAL

A **perspectiva médico-naturalista** trabalha com uma noção de ser humano centrada no corpo, no ser biológico como espécie natural e universal. Assim, o adoecimento mental é visto como um mau funcionamento do cérebro, uma desregulação, uma disfunção de alguma parte ou sistema do “aparelho biológico”.

Já na **perspectiva existencial**, o paciente é visto principalmente como “existência singular”, como ser lançado a um mundo que é apenas natural e biológico na sua dimensão elementar, mas que é fundamentalmente histórico e humano. O ser é construído por meio da experiência particular de cada sujeito, na sua relação com os outros, na abertura para a construção de cada destino pessoal. O transtorno mental, nessa perspectiva, não é visto tanto como disfunção biológica ou psicológica, mas, sobretudo, como um modo particular de existência, uma forma, muitas vezes trágica, de ser no mundo, de construir um destino, um modo particularmente doloroso de ser com os outros.

PSICOPATOLOGIA COMPORTAMENTAL E COGNITIVISTA VERSUS PSICOPATOLOGIA PSICANALÍTICA

Na **visão comportamental**, o ser humano é visto como um conjunto de comportamentos observáveis, verificáveis, que são regulados por estímulos específicos e gerais, bem como por suas respostas (estímulos antecedentes e consequências; contingências). Em suma, o comportamento se baseia em certas leis e determinantes do aprendizado.

Associada a essa visão, a **perspectiva cognitivista** centra seu foco sobre as representações cognitivas (cognições) de cada indivíduo. As cognições seriam vistas como essenciais ao funcionamento mental, tanto normal como patológico. Os sintomas resultam de comportamentos e representações cognitivas disfuncionais, aprendidas e reforçadas pela experiência familiar e social.

Em contraposição, na **visão psicanalítica**, o ser humano é visto como ser “sobredeterminado”, dominado por forças, desejos e conflitos inconscientes. A psicanálise dá grande importância aos afetos, que, segundo ela, dominam o psiquismo. O ser humano racional, autocontrolado, senhor de si e de seus desejos, é, para ela, uma enorme ilusão.

Na visão psicanalítica, os sintomas e síndromes mentais são considerados formas de expressão de conflitos, predominantemente inconscientes, de desejos que não podem ser realizados, de temores aos quais o indivíduo não tem acesso. O sintoma é encarado, nesse caso, como uma “formação de compromisso”, um certo arranjo entre o desejo inconsciente, as normas e as permissões culturais e as possibilidades reais de satisfação desse desejo. A resultante desse emaranhado de forças, dessa “trama conflitiva” inconsciente, é o que se identifica como sintoma psicopatológico.

PSICOPATOLOGIA CATEGORIAL VERSUS PSICOPATOLOGIA DIMENSIONAL

As entidades nosológicas ou doenças mentais específicas podem ser compreendidas como entidades completamente individualizadas, com contornos e fronteiras bem demarcados. As **categorias diagnósticas** seriam “espécies únicas”, tal qual espécies biológicas, cuja identificação precisa constituiria uma das tarefas da psicopatologia. Assim, entre a esquizofrenia e os transtornos bipolares e os delirantes, haveria, por exemplo, uma fronteira nítida, configurando-os como entidades ou categorias diagnósticas diferentes e discerníveis em sua natureza básica.

Em contraposição a essa visão “categorial”, alguns autores propõem uma **perspectiva “dimensional”** em psicopatologia, que seria hipoteticamente mais adequada à realidade clínica. Haveria, então, dimensões como, por exemplo, o espectro esquizofrênico, que incluiria desde formas muito graves, tipo “demência precoce” (com grave deterioração da personalidade, embotamento afetivo, muitos sintomas negativos residuais), formas menos deteriorantes de esquizofrenia, formas com sintomas afetivos, chegando até um outro polo, de transtornos afetivos, incluindo formas de transtorno afetivo com sintomas psicóticos até formas puras de depressão e mania (hipótese esta que se relaciona à antiga noção de psicose unitária). Algumas polaridades dimensionais em psicopatologia seriam, por exemplo:

Esquizofrenia deficitária, esquizofrenia benigna, psicoses esquizoafetivas, transtornos afetivos com sintomas psicóticos, transtornos afetivos menores

ou

Depressões graves (estupor, psicótica), depressão bipolar, depressões moderadas, distímia, personalidade depressiva, depressão subclínica.

PSICOPATOLOGIA BIOLÓGICA VERSUS PSICOPATOLOGIA SOCIOCULTURAL

A **psicopatologia biológica** enfatiza os aspectos cerebrais, neuroquímicos ou neurofisiológicos das doenças e dos sintomas mentais. A base de todo transtorno mental consiste em alterações de mecanismos neurais e de determinadas áreas e circuitos cerebrais. Nesse sentido, o aforismo do psiquiatra alemão Wilhelm Griesinger (1817-1868) resume bem essa perspectiva: “doenças mentais devem ser vistas como afecções do cérebro” (Griesinger, 1997, p. 7).

Em contraposição, a **perspectiva sociocultural** visa estudar os transtornos mentais como comportamentos desviantes que surgem a partir de certos fatores socioculturais, como discriminação, pobreza, migração, estresse ocupacional, desmoralização sociofamiliar, etc. Os sintomas e os transtornos devem ser estudados, segundo essa visão, no seu contexto eminentemente sociocultural, simbólico e histórico.

É nesse contexto de normas, valores e símbolos culturalmente construídos que os sintomas recebem seu significado e, portanto, poderiam ser precisamente estudados e tratados. Mais que isso, a cultura, em tal perspectiva, é elemento fundamental na própria determinação do que é normal ou patológico, na constituição dos transtornos e nos repertórios terapêuticos disponíveis em cada sociedade.

PSICOPATOLOGIA OPERACIONAL-PRAGMÁTICA VERSUS PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

Na **visão operacional-pragmática**, as definições básicas de transtornos mentais e sintomas são formuladas e tomadas de modo arbitrário, em função de sua utilidade pragmática, clínica ou orientada à pesquisa. Não se questiona a natureza da doença ou do sintoma, tampouco os fundamentos filosóficos ou antropológicos de determinada definição. Trata-se do modelo adotado pelas modernas classificações de transtornos mentais: o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5), norte-americano, e a *Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (CID-11), da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Por sua vez, o projeto de **psicopatologia fundamental**, proposto pelo psicanalista francês Pierre Fedida, visa centrar a atenção da pesquisa psicopatológica sobre os fundamentos históricos e conceituais de cada conceito psicopatológico, os quais incluem não apenas a tradição médica da psicopatologia, mas também as tradições literárias, artísticas e de outras áreas das humanidades.

Além disso, tal psicopatologia dá ênfase à noção de doença mental como *pathos*, que significa sofrimento, paixão e passividade. O *pathos*, diz Manoel T. Berlinck (1937-2016), é um sofrimento-paixão que, ao ser narrado a um interlocutor, em certas condições, pode ser transformado em experiência e enriquecimento (Berlinck, 1977).

As dicotomias apresentadas revelam a pluralidade teórica e de modos de aplicação clínica desses diversos campos e abordagens. Visões mais integrativas e menos parciais são desejáveis, no sentido de superação das dicotomias das *dimensões biológicas* (o congênito, genético) e *ambientais* (o aprendido, cultural) nas diversas psicopatologias.

CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA À PSICOPATOLOGIA

A psicologia, em suas diversas áreas (psicologia das diferentes funções mentais, experimental, social, do desenvolvimento, etc.), tem fornecido contribuições fundamentais à ciência, sendo, portanto, fonte de consulta, inspiração e orientação à psicopatologia geral.

Não cabe aqui tentar resumir de forma apressada e incompleta esse vasto campo de conhecimento. Nessa linha, sugere-se a consulta a bons textos de psicologia geral, como os excelentes tratados *Ciência psicológica: mente, cérebro e comportamento* (Gazzaniga; Heatherton, 2005); *Desenvolvimento humano* (Papalia; Feldman, 2013); e *Introdução à psicologia* (Feldman, 2015).

RELAÇÕES DA PSICOPATOLOGIA COM A PSICOLOGIA GERAL

Segundo Sonenreich e Bassitt (1979), as relações da psicopatologia com a psicologia geral e a psiquiatria são múltiplas. Há diversas visões sobre a posição exata da psicopatologia em relação a essas duas outras ciências (Ionescu, 1997). Apresentam-se aqui algumas dessas visões:

1. **Psicopatologia como “patologia do psicológico”.** Aqui, a psicopatologia é tida como um ramo da psicologia geral. Nesse sentido, se a psicologia é o estudo sistemático da vida psíquica normal, a psicopatologia deveria ser vista, então, não propriamente como uma disciplina autônoma, mas como uma parte ou um ramo da psicologia geral, uma subdisciplina que estuda os fenômenos

anormais. Os fenômenos psicopatológicos (delírios, alucinações, alterações do humor, da vontade, etc.) seriam derivados dos fenômenos psicológicos normais, desvios em certa continuidade com os fenômenos normais.

2. **Psicopatologia como “psicologia (especial) do patológico” (da mente alterada ou patológica).** A psicopatologia seria, neste caso, uma ciência autônoma, porque, em seu campo de estudo, entraria uma série de fenômenos especiais que não representam alterações quantitativas do normal, simples desvios do normal. Alguns fenômenos psicopatológicos seriam produções novas, como o delírio verdadeiro, as alucinações verdadeiras, as alterações de humor no transtorno bipolar (TB). Seriam fenômenos originais, descontínuos, não deriváveis dos fenômenos psicológicos normais (como o pensamento e julgamento normal, as percepções normais, a afetividade normal).
3. **Psicopatologia como semiologia psiquiátrica.** Em tal concepção, a psicopatologia se concentraria na descrição e no estudo dos sintomas e dos sinais dos transtornos mentais, como unidades de estudo, sem se ater a questões outras da psiquiatria e psicologia clínica. É nesse sentido que Henri Ey (1965) emprega o termo, assim como muitos tratados clássicos de psiquiatria. É, aparentemente, uma perspectiva menos ambiciosa de ciência, mas de grande relevância para o avanço do conhecimento.
4. **Psicopatologia como propedêutica psiquiátrica.** Nessa conceitualização, a psicopatologia passa a ser vista como o campo de estudo dos princípios e dos métodos de estudo do adoecimento mental, a ciência introdutória e prévia à psiquiatria e psicologia clínica. Ela visaria elucidar as bases conceituais e epistêmicas da prática clínica em saúde mental, da psiquiatria e psicologia clínica como campos de saber, bem como os pressupostos filosóficos e metodológicos que fundamentam o estudo dos transtornos mentais. Seria, então, uma disciplina introdutória, preparatória para os estudos em psiquiatria e psicologia clínica.



4. A questão da normalidade e da medicalização

*Que é loucura: ser cavaleiro andante
ou segui-lo como escudeiro?
De nós dois, quem o louco verdadeiro?
O que, acordado, sonha doidamente?
O que, mesmo vendado,
vê o real e segue o sonho
de um doido pelas bruxas embruxado?*

Carlos Drummond de Andrade

A QUESTÃO DA NORMALIDADE EM PSICOPATOLOGIA

O conceito de saúde e de normalidade em psicopatologia é questão de grande controvérsia, sendo fundamental o questionamento permanente e aprofundado sobre o que seriam o normal e o patológico (Almeida Filho, 2000).

Há questões particularmente difíceis na determinação de normalidade/anormalidade em psicopatologia. Historicamente, essas noções receberam grande **carga valorativa**; assim, definir alguém como normal ou anormal psicopatologicamente tem sido associado àquilo que é “desejável” ou “indesejável”, ou àquilo que é “bom” ou “ruim”. Tais valores, mesmo que se busque esclarecer que não devam estar presentes, retornam quase sempre, de forma explícita ou camuflada, quando se caracteriza alguém como “anormal” psicopatologicamente (Duyckaerts, 1966).

Além disso, o **comportamento** e o **estado mental** das pessoas **não são fatos neutros**, exteriores aos interesses e preocupações humanas. Não se fica indiferente perante outros indivíduos, ao lidar com seus comportamentos, sentimentos e outros estados mentais. A classificação de Plutão como *planeta-anão* ou *plutoide*, *asteroide* ou *cometa*, perdendo, enfim, o *status* de *planeta*, não afeta nada, ou quase nada, a vida dos seres humanos. Já classificar de normal/anormal ou patológico/saudável alguém cuja orientação do desejo erótico é homossexual ou cuja identidade de gênero é de transgênero afeta marcadamente milhares de pessoas reais, para as quais essas definições interferem diretamente em suas vidas. Assim, o debate sobre normalidade em psicopatologia é um debate vivo, intenso, interessado,

repleto de valores (explícitos ou não), com conotações políticas e filosóficas (explícitas ou não) e conceitos que implicam o modo como milhares de pessoas serão situadas em suas vidas na sociedade.

Obviamente, quando são casos extremos que estão em discussão, cujas alterações comportamentais e mentais são de intensidade acentuada e de longa duração, com sofrimento mental intenso e disfunções graves no dia a dia, como demências avançadas, psicoses graves ou deficiência intelectual profunda, o delineamento das fronteiras entre o normal e o patológico não é tão problemático. Entretanto, há muitos casos menos intensos e delimitados, além daqueles limítrofes e complexos em sua definição, nos quais a delimitação entre comportamentos, estados mentais e formas de sentir normais ou patológicas é bastante difícil e problemática. Nessas situações, o conceito de normalidade em psicopatologia e saúde mental ganha especial relevância. Na CID-11, o transtorno leve de personalidade (*mild personality disorder*) é um exemplo infeliz de criação de entidade nosológica que, por ser muito próxima ao comportamento de um grande número de pessoas em geral tidas como normais (p. ex., que, em apenas alguns contextos sociais, apresentam problemas não graves na identidade, alguma dificuldade em relações interpessoais, desempenho no trabalho e em relações sociais), poderá gerar diagnósticos psicopatológicos exagerados e medicalização inapropriada.

Tal problema não é exclusivo da psicopatologia, mas de toda a medicina e psicologia clínica (Almeida Filho, 2001). Tome-se, como exemplo, a questão da delimitação dos níveis de tensão arterial para a determinação de hipertensão ou de glicemia na definição do diabetes. Essas delimitações mudaram em função de visões de saúde e de políticas sanitárias da sociedade. Esse problema foi cuidadosamente estudado pelo filósofo e médico francês Georges Canguilhem (1943/1978), cujo livro *O normal e o patológico* tornou-se uma obra clássica e indispensável em tal discussão.

O **conceito de normalidade** em psicopatologia também implica a própria definição do que é saúde e doença/transtorno mental. Os próprios termos levantam discussão. No século XIX, usava-se o termo “**alienação**”, oriundo do direito; no século XX, passou-se a usar o termo “**doença mental**”; e, nas últimas décadas, com os sistemas diagnósticos *Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (CID) e *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM) ganhando protagonismo, passou-se a usar o termo “**transtorno mental**”.

O termo “doença” foi criticado para a área de psiquiatria e psicologia clínica, pois implicaria sempre ou quase sempre alterações patológicas no corpo (no caso, no cérebro). Como em muitas das condições psicopatológicas não se evidenciam alterações anatômicas, fisiológicas ou histológicas no cérebro, convencionou-se usar o termo “transtorno”. Neste livro, usam-se como sinônimos os termos “doença” e “transtorno”.

Os temas relacionados ao debate sobre normalidade apresentam desdobramentos em várias áreas da saúde mental e da psicopatologia, a saber:

1. **Psiquiatria e psicologia legal ou forense.** A determinação de anormalidade psicopatológica pode ter importantes implicações legais, criminais e éticas, podendo definir o destino social, institucional e legal de uma pessoa. A definição de alguém como normal psicopatologicamente significa que o indivíduo em questão é plenamente responsável por seus atos e deve responder legalmente por eles. Caso se defina a pessoa como anormal e tal anormalidade a impeça de avaliar a realidade e de agir racionalmente, respeitando as leis de sua sociedade, ela passa a ser considerada não responsável por seus atos, perdendo a autonomia, de um lado, e, de outro, a possibilidade de ser acusada e punida judicialmente. Assim, a definição de normalidade/anormalidade tem um peso marcante nessa dimensão da vida.
2. **Epidemiologia dos transtornos mentais.** Nesse caso, a definição de normalidade é tanto um problema como um objeto de trabalho e pesquisa. A epidemiologia, inclusive, pode contribuir para a discussão e o aprofundamento do conceito de normalidade em saúde em geral e em psicopatologia, em particular.
3. **Psiquiatria cultural e etnopsiquiatria.** Aqui, o conceito de normalidade é tema importante de pesquisas e debates. De modo geral, o conceito de normalidade em psicopatologia impõe a análise do contexto sociocultural. Aqui se exige necessariamente o estudo da relação entre o fenômeno supostamente patológico e o contexto social no qual tal fenômeno emerge e recebe este ou aquele significado cultural.
4. **Planejamento em saúde mental e políticas de saúde.** Nessa área, é preciso estabelecer critérios de normalidade, principalmente no sentido de verificar as demandas assistenciais de determinado grupo populacional, as necessidades de serviços, quais e quantos serviços devem ser colocados à

disposição desse grupo, etc.

- Orientação e capacitação profissional.** São importantes na definição de capacidade e adequação de um indivíduo para exercer certa profissão, manipular máquinas, usar armas, dirigir veículos, etc. – por exemplo, o caso de indivíduos com déficits cognitivos e que desejam dirigir veículos, pessoas psicóticas que querem portar armas, sujeitos com crises epiléticas que manipulam máquinas perigosas, entre outros casos.
- Prática clínica.** É muito importante a capacidade de discriminar, no processo de avaliação e intervenção clínica, se tal ou qual fenômeno é patológico ou normal, se faz parte de um momento existencial do indivíduo ou se é algo francamente patológico. De modo geral, são incluídas na prática clínica apenas as pessoas com transtornos mentais; entretanto, isso não é absoluto, pois aquelas com sofrimento mental significativo, sem uma psicopatologia, também podem se beneficiar de intervenções profissionais em saúde mental, como psicoterapia, arte-terapia, orientação e mesmo, em certos casos avaliados individualmente e com cuidado, uso de psicofármacos por períodos breves.

Critérios de normalidade

Há vários e distintos critérios de normalidade e anormalidade em medicina e psicopatologia. A adoção de um ou outro depende, entre outras coisas, de opções filosóficas, ideológicas e pragmáticas do profissional ou da instituição em que ocorre a atenção à saúde (Canguilhem, 1978). Os principais critérios de normalidade utilizados em psicopatologia são:

- Normalidade como ausência de doença.** O primeiro critério que geralmente se utiliza é o de saúde como “ausência de sintomas, de sinais ou de doenças”. Segundo expressiva formulação de um dos fundadores das pesquisas médicas de intervenção sobre a dor física, René Leriche (1879-1955), “a saúde é a vida no silêncio dos órgãos” (Leriche, 1936).
Normal, do ponto de vista psicopatológico, seria, então, aquele indivíduo que simplesmente não é portador de um transtorno mental definido. Tal critério é bastante falho e precário, pois, além de redundante, baseia-se em uma “definição negativa”, ou seja, define-se a normalidade não por aquilo que ela supostamente é, mas por aquilo que ela não é, pelo que lhe falta (Almeida Filho & Jucá, 2002).
- Normalidade ideal.** A normalidade aqui é tomada como certa “utopia”. Estabelece-se arbitrariamente uma norma ideal, aquilo que é supostamente “sadio”, mais “evoluído”. Tal norma é, de fato, socialmente constituída e referendada. Depende, portanto, de critérios socioculturais e ideológicos arbitrários e, às vezes, dogmáticos e doutrinários. Exemplos de tais conceitos de normalidade são aqueles com base na adaptação do indivíduo às normas morais e políticas de determinada sociedade (como nos casos do macarthismo nos Estados Unidos e do pseudodiagnóstico de dissidentes políticos como doentes mentais na antiga União Soviética).
- Normalidade estatística.** A normalidade estatística identifica norma e frequência. Trata-se de um conceito de normalidade que se aplica especialmente a fenômenos quantitativos, com determinada distribuição estatística na população geral (como peso, altura, tensão arterial, horas de sono, quantidade de sintomas ansiosos, etc.).
O normal passa a ser aquilo que se observa com mais frequência. Os indivíduos que se situam estatisticamente fora (ou no extremo) de uma curva de distribuição normal passam, por exemplo, a ser considerados anormais ou doentes. Esse é um critério muitas vezes falho em saúde geral e mental, pois nem tudo o que é frequente é necessariamente “saudável”, assim como nem tudo que é raro ou infrequente é patológico. Tomem-se como exemplo fenômenos como as cáries dentárias, a presbiopia, os sintomas ansiosos e depressivos leves, o uso pesado de álcool, os quais podem ser muito frequentes, mas que evidentemente não podem, *a priori*, ser considerados normais ou saudáveis.
- Normalidade como bem-estar.** A Organização Mundial da Saúde (WHO, 1946) definiu, em 1946, a saúde como o “completo bem-estar físico, mental e social”, e não simplesmente como ausência de doença. É um conceito criticável por ser muito amplo e impreciso, pois bem-estar é algo difícil de se definir objetivamente. Além disso, esse completo bem-estar físico, mental e social é tão utópico que poucas pessoas se encaixariam na categoria “saudáveis”.
- Normalidade funcional.** Tal conceito baseia-se em aspectos funcionais e não necessariamente quantitativos. O fenômeno é considerado patológico a partir do momento em que é disfuncional e

produz sofrimento para o próprio indivíduo ou para seu grupo social.

6. **Normalidade como processo.** Nesse caso, mais que uma visão estática, consideram-se os aspectos dinâmicos do desenvolvimento psicossocial, das desestruturações e das reestruturações ao longo do tempo, de crises, de mudanças próprias a certos períodos etários. Esse conceito é particularmente útil na chamada psicopatologia do desenvolvimento relacionada a psiquiatria e psicologia clínica de crianças, adolescentes e idosos.
7. **Normalidade subjetiva.** Aqui, é dada maior ênfase à percepção subjetiva do próprio indivíduo em relação a seu estado de saúde, às suas vivências subjetivas. O ponto falho desse critério é que muitas pessoas que se sentem bem, “muito saudáveis e felizes”, como no caso de sujeitos em fase maníaca no transtorno bipolar, apresentam, de fato, um transtorno mental grave.
8. **Normalidade como liberdade.** Alguns autores de orientação fenomenológica e existencial propõem conceituar a doença mental como perda da liberdade existencial. Dessa forma, a saúde mental se vincularia às possibilidades de transitar com graus distintos de liberdade sobre o mundo e sobre o próprio destino.

O psicopatólogo francês Henri Ey (1900-1977) formulou com clareza esta noção:

[...] as enfermidades físicas são ameaças à vida, as enfermidades mentais são **ataques à liberdade**. [...] no transtorno mental [...] o processo mórbido travando, bloqueando, dissolvendo a atividade psíquica, diminui a liberdade e responsabilidade do paciente mental (Ey, 2008, p. 77).

A doença/transtorno mental é, portanto, constrangimento do ser, é fechamento, fossilização das possibilidades existenciais. Dentro desse espírito, o psiquiatra gaúcho Cyro Martins (apud Guilhermano, 1996, p. 12) afirmava que a saúde mental poderia ser vista, em certo sentido, como a possibilidade de dispor de “**senso de realidade, senso de humor e de um sentido poético perante a vida**”, atributos esses que permitiriam ao indivíduo “relativizar” os sofrimentos e as limitações inerentes à condição humana e, assim, desfrutar do resquício de liberdade e prazer que a existência oferece.

9. **Normalidade operacional.** Trata-se de um critério assumidamente arbitrário, com finalidades pragmáticas explícitas. Define-se, *a priori*, o que é normal e o que é patológico e busca-se trabalhar operacionalmente com esses conceitos, aceitando as consequências de tal definição prévia. Até certo ponto, a demarcação de separação entre normal e patológico dos sistemas diagnósticos atuais (CID e DSM) emprega critérios operacionais e pragmáticos na definição dos transtornos mentais.

Portanto, de modo geral, pode-se concluir que os critérios de normalidade e de doença em psicopatologia variam consideravelmente em função dos fenômenos específicos com os quais se trabalha e, também, de acordo com as opções filosóficas do profissional ou da instituição. Além disso, em alguns casos, pode-se utilizar a associação de vários critérios de normalidade ou doença/transtorno, de acordo com o objetivo que se tem em mente. De toda forma, essa é uma área da psicopatologia que exige postura permanentemente crítica e reflexiva dos profissionais.

MEDICALIZAÇÃO, PSIQUIATRIZAÇÃO, PSICOLOGIZAÇÃO

Em excelente trabalho abrangente e crítico, Rafaela T. Zorzanelli e colaboradores apontam para os múltiplos (e, às vezes, confusos) sentidos do termo “medicalização” na atualidade (Zorzanelli et al., 2014).

Campos e condições como infância e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), timidez e fobia social, envelhecimento e menopausa, memória e transtorno de estresse pós-traumático exemplificam temas que são reiteradamente incluídos nas críticas sobre medicalização. Por **medicalização** entende-se “o processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, frequentemente em termos de doenças ou transtornos” (Conrad, 2007).

No campo da psicopatologia, medicalização é um conceito que se refere mais especificamente à transformação de comportamentos desviantes em doenças ou transtornos mentais, implicando geralmente a ação do controle e poder médico sobre as condições transformadas em *entidades médicas*.

Assim, o termo “medicalização” teve, no início do uso desse construto, um sentido de denúncia sobre o chamado “poder médico” (ver, por exemplo, as críticas de Zola, 1972). Os termos “psiquiatria” (transformação de problemas não psiquiátricos em psiquiátricos) e “psicologização”

(transformação de problemas não psicológicos em psicológicos), embora menos empregados, teriam um sentido análogo ao de “medicalização”.

Assim, o que está em jogo na crítica que o termo “medicalização” implica é o processo ideológico e político de rotular comportamentos desviantes, moralmente repreensíveis ou mal-adaptados e transgressivos como doença, como transtorno mental, e, assim, monitorar, regular e controlá-los melhor, ou desqualificar as pessoas que recebem tal rótulo.

Na atualidade, a noção de medicalização se tornou mais problemática e complexa, sobretudo pela busca que pessoas não profissionais fazem por identidades relacionadas a certas condições médicas e pela apropriação de categorias médicas pela população em geral (Zorzanelli et al., 2014).

Embora a denúncia da medicalização, psiquiatrização e psicologização seja importante, há diversos aspectos controversos em torno dela. Em diversos países e no Brasil, em particular, há o paradoxo de muitas pessoas com transtornos mentais graves (como esquizofrenia, transtorno bipolar, autismo, depressão grave, etc.) não terem acesso a cuidados de saúde mental adequados, enquanto em outros grupos, socioeconomicamente mais privilegiados, há medicalização e psiquiatrização de condições não médicas (p. ex., a tristeza comum, decorrente de conflitos e/ou infelicidade conjugal, sendo medicalizada como “depressão” e tratada com psicofármacos, ou o fracasso escolar devido a inadequações pedagógicas sendo psiquiatrizado como TDAH).

A questão, na maioria das vezes, não é se o indivíduo recebe ou não diagnóstico e tratamento médico, psiquiátrico ou psicológico, mas, antes, se aqueles que necessitam de fato recebem diagnóstico e tratamento adequados, e aqueles que não necessitam possam ficar isentos de ações médicas com implicações inadequadas (Glasziou, 2013).

A definição de um conjunto de comportamentos como normal ou anormal, como transtorno mental, transgressão legal ou anormalidade social, tem implicações marcantes sobre a economia (p. ex., a indústria farmacêutica), a vida política, o sistema judicial e, enfim, sobre a vida concreta, muitas vezes, de milhares de pessoas.



5. Contribuições das neurociências à psicopatologia

Upa! Cá estamos. Custou-te, não, leitor amigo? É para que não acredites nas pessoas que vão ao Corcovado, e dizem que ali a impressão da altura é tal, que o homem fica sendo coisa nenhuma. Opinião pânica e falsa, falsa como Judas e outros diamantes. Não creias tu nisso, leitor amado. Nem Corcovados, nem Himalaias valem muita coisa ao pé da tua cabeça, que os mede.

Machado de Assis

VISÃO GERAL DOS SISTEMAS NEURONAIS

De fato, como Machado de Assis menciona no texto, apesar da riqueza do universo, a cabeça que o estuda e o admira talvez seja uma de suas partes mais ricas. A riqueza do cérebro humano está basicamente relacionada a sua capacidade de receber, armazenar e elaborar informações, bem como fazer planos e promover ações, o que depende intimamente das conexões neuronais via sinapses.

O cérebro humano contém cerca de 100 bilhões de neurônios; cada neurônio (isto é válido, sobretudo, para neurônios do neocórtex), com seus axônios e dendritos, faz aproximadamente 10 mil conexões com outros neurônios, um total que pode alcançar, para todo o cérebro humano, 100 trilhões de conexões (Sporns, 2010).

Hoje se pensa que a **unidade funcional do cérebro** não é o neurônio isolado, mas os circuitos e conexões neuronais. Percepção, imaginação, memória, emoções e mesmo o pensamento surgem vinculados com a atividade desses circuitos neuronais. O desenvolvimento de tais circuitos baseia-se, em parte, em uma programação genética, mas é intensamente dependente das experiências individuais do sujeito em seu ambiente (Pally, 1997; Sporns, 2010).

A arquitetura e a organização do cérebro são produtos de uma longa história de **evolução filogenética** (Dalgalarrodo, 2011). As partes filogeneticamente mais antigas do órgão são o tronco cerebral e o diencéfalo, responsáveis pelas funções vitais, como respiração, batimentos cardíacos, temperatura corporal e ciclo sono-vigília (MacLean, 1990). Também antigas são as estruturas límbicas (na parte mesial dos lobos temporais e frontais), associadas às respostas emocionais e à memória, assim como, em certa medida, a padrões típicos dos mamíferos, como cuidados parentais, amamentação, brincar e choro infantil.

Em termos evolutivos, a parte mais recente do cérebro é o **neocórtex de seis camadas neuronais** dos mamíferos. Esse córtex teve seu desenvolvimento maior nos primatas e na espécie humana, principalmente por meio das áreas associativas temporoparietocciptais e das áreas pré-frontais. O córtex pré-frontal é o centro executivo do cérebro, responsável pelos pensamentos abstrato e simbólico, pelo planejamento de ações futuras, pela capacidade de montar um esquema de causas, efeitos e consequências das ações (córtex pré-frontal dorsolateral), por dirigir a atenção para uma tarefa, modular o afeto e as emoções (córtex orbitofrontal), assim como adiar uma gratificação e lidar com as frustrações (Pally, 1997).

A localização precisa de atividades cognitivas e mentais, em geral, em termos de regiões cerebrais e módulos cognitivos-cerebrais isoláveis, tem sido criticada, por simplificar a análise do funcionamento do cérebro humano. Há muitos elementos que indicam que os neurônios de determinada área do cérebro não exercem apenas uma função (como linguagem, percepção de objetos, pensamento ou ações motoras).

De modo geral, segundo as pesquisas originais de Michael L. Anderson (2016), neurônios localizados em uma parte do cérebro exercem muitas funções diferentes conforme são requisitados, revelando uma plasticidade maior do que se imaginava décadas atrás. Há o chamado **reuso neuronal**, no qual neurônios são utilizados e reutilizados para múltiplas e distintas funções cognitivas, mentais e comportamentais. Assim, por exemplo, a área da ínsula anterior esquerda está envolvida em funções tão distintas como linguagem, memória de trabalho, atenção, raciocínio, audição e emoção. De acordo com os desafios ambientais colocados diante do indivíduo, muitas áreas neuronais localizadas e circunscritas assumem diferentes funções; assim, **não há muito espaço para ultraespecialistas no cérebro humano** (para uma excelente apresentação desse tema, ver Anderson, 2016).

Nos dias atuais, está cada vez mais evidente que, mais importante do que a localização de um neurônio no cérebro, são as **conexões** que ele faz com outras células cerebrais, o modo como as sinapses são feitas e refeitas. Além disso, hoje é consenso que a construção das importantes conexões cerebrais depende intimamente das experiências pelas quais o indivíduo passa (Anderson, 2016).

Deve-se destacar também que nas últimas décadas foi descoberto que os neurônios não são os únicos atores importantes do cérebro. As **células da glia**, como os astrócitos, os oligodendrócitos e as células de Schwann, que representam cerca de 85% das células no cérebro humano (os neurônios representam apenas 15% das células cerebrais) e, anteriormente, eram vistas apenas com a função de massa de preenchimento, de transporte de nutrientes e de proteção dos neurônios (estes sim, eram os atores do cérebro), foram redescobertas pelas neurociências. Descobriu-se nos últimos anos, por exemplo, que tais **células da glia** participam intensamente do **processamento de informação** no cérebro, são fundamentais para o funcionamento das sinapses, controlam a comunicação sináptica, têm receptores para os mesmos neurotransmissores dos neurônios e influenciam a transmissão sináptica mesmo longe da região onde estão localizadas. A glia está implicada tanto em processos neurofisiológicos complexos, na aprendizagem e nas alterações patológicas como nos transtornos mentais (esquizofrenia, depressão e transtorno obsessivo-compulsivo [TOC]) e neurológicos (esclerose múltipla e neuroquímica da dor) (Fields, 2010).

DESENVOLVIMENTO DO CÉREBRO NO CICLO VITAL

Em relação ao desenvolvimento ontogenético, pode-se afirmar que o cérebro humano “nasce prematuro”. Muito do seu desenvolvimento ocorre após o nascimento, até o período adulto. A **migração dos neurônios** no período fetal do tubo neural para seu destino final (a maior parte no córtex cerebral) ocorre sob controle genético direto. Postula-se que anormalidades nesse processo migratório possam contribuir para a gênese de alguns transtornos mentais.

Nos primeiros anos de vida, há um grande número de sinapses, a chamada “**exuberância sináptica**”. Ao fim do primeiro ano de vida, a criança chega a ter o dobro de sinapses do adulto para o mesmo número de neurônios. O período de exuberância sináptica dura até o início da **adolescência**. Nesse período, as sinapses serão gradativamente reduzidas, “**podadas**”, de acordo com o uso que se fez e se faz delas ao longo da vida. Sinapses e circuitos ativados e utilizados com frequência irão permanecer e serão “reforçados”; os que não são usados desaparecem nos anos de adolescência e juventude. Embora esse processo de poda ou reforço ocorra ao longo de toda a vida, é na adolescência que ele ocorre de forma mais rápida e acentuada (Dennis et al., 2013).

Outro aspecto importante é a **mielinização**, uma vez que as bainhas de mielina permitem uma condução neuronal muito mais rápida e eficiente, potencializando em grau maior as funções cerebrais.

As áreas sensoriais primárias são mielinizadas nos primeiros meses de vida; o córtex pré-frontal, por sua vez, responsável por funções mentais extremamente complexas, sofre lento processo de mielinização do terceiro mês de vida até o início do período adulto, ou seja, **até os 30 anos de idade**, quando o **córtex pré-frontal enfim se estabiliza**.

Com o envelhecimento, o cérebro humano também se transforma; o número de neurônios decresce por volta de 5 a 10%, o cérebro todo diminui de tamanho, e a substância branca perde parte de sua integridade. Há declínio de habilidades neuropsicológicas, como velocidade de processamento, memória de trabalho e memória de longo prazo. Entretanto, na velhice, se há engajamento da pessoa em atividades cognitivas e exercício físico, ocorrem mecanismos compensatórios de ativação aumentada das regiões pré-frontais (Park; Reuter-Lorenz, 2009).

FUNÇÕES E ÁREAS CEREBRAIS

De forma bastante simplificada, mas didática, podem-se identificar dois pares de áreas cerebrais, antagônicas em certo sentido, mas também complementares. Distinguem-se funcionalmente, no cérebro, as **porções anteriores versus as posteriores**, assim como o **hemisfério direito versus o esquerdo**. A seguir, são apresentados alguns aspectos do funcionamento cerebral nessas duas díades.

Porção anterior (frontal) versus posterior do cérebro

A porção posterior do cérebro, incluindo os lobos occipitais, parietais e temporais, contém as **áreas sensoriais primárias** (da visão, do tato, da propriocepção, da audição, do olfato e da gustação); as **áreas secundárias** adjacentes e funcionalmente relacionadas às primárias; e a extensa **área terciária de associação**, a saber, a grande área associativa da encruzilhada temporoparietoccipital. Essa porção posterior do cérebro relaciona-se mais intimamente à recepção, à identificação e à ordenação do ambiente em relação ao indivíduo. Pode-se dizer, didaticamente, que é a região do cérebro que **“recebe” o mundo**. Obviamente, essas áreas também participam de tarefas ativas e motoras do indivíduo sobre o meio, mas seu funcionamento mais característico refere-se à percepção do mundo e à organização dessa percepção em unidades ordenadas e integradas, na codificação, na decodificação e na recodificação em níveis de complexidade crescente, de todos os elementos sensoriais, e, por fim, na configuração e representação coerente da realidade.

A **porção anterior**, frontal, do cérebro relaciona-se mais intimamente com as atividades do indivíduo. É a porção do cérebro que **“age” sobre o mundo**. As áreas anteriores do órgão, principalmente os córtices pré-frontal e frontal e os núcleos da base (sobretudo o núcleo caudado), também participam da identificação de problemas a serem solucionados, assim como são fundamentais para os mecanismos da atenção. Sua especificidade relaciona-se à criação e ao planejamento de estratégias de ação, à colocação na prática de tais estratégias, à monitoração dos efeitos da ação sobre o meio e à adequação contínua dessa ação perante as condições cambiantes do meio.

De modo simplificado e resumido, pode-se afirmar que os lobos frontais são responsáveis pelo planejamento da ação e do futuro, assim como pelo controle dos movimentos; os lobos parietais, pelas sensações táteis, imagem corporal e parte da consciência de si; os lobos occipitais, pela visão e reconhecimento visual do ambiente; e os lobos temporais, pela audição e pelos principais aspectos da linguagem e, nas regiões mesiais temporais (parte interna, sistema límbico), pela memória, aprendizado e emoções (Kandel; Schwartz; Jessel, 1995).

Hemisfério esquerdo versus direito

Desde as pesquisas de Paul Broca (1861) e de Carl Wernicke (1874), no século XIX, sabe-se que os dois hemisférios cerebrais não são nem semelhantes do ponto de vista anatômico, nem totalmente equivalentes do ponto de vista funcional. Tanto estudos clínico-patológicos com pacientes que sofreram acidentes vasculares cerebrais ou tumores como pesquisas experimentais têm demonstrado que os hemisférios esquerdo e direito são assimétricos em múltiplos aspectos funcionais e cognitivos.

Para a maioria dos seres humanos, o hemisfério esquerdo desenvolve-se ontogeneticamente de forma mais lenta que o direito e está intimamente associado a funções linguísticas verbais. O hemisfério direito, por sua vez, relaciona-se com habilidades visuoespaciais, aspectos prosódicos da linguagem e aspectos da percepção e expressão musical. O **Quadro 5.1** apresenta algumas das funções e das habilidades diferenciais entre os dois hemisférios (Gaebel, 1988).

Quadro 5.1 | Funções neuropsicológicas predominantes dos hemisférios esquerdo e direito

HEMISFÉRIO ESQUERDO	HEMISFÉRIO DIREITO
<ul style="list-style-type: none">• Verbal, linguístico• Semântica• Sintática ("lógica" da língua)	<ul style="list-style-type: none">• Visuoespacial• Musical• Prosódica ("música" da fala, entonação)

Cabe assinalar que a chamada dominância hemisférica para a linguagem (sobretudo para os aspectos semânticos e sintáticos) é esquerda para 96% dos indivíduos destros e para 58% dos canhotos. Pessoas canhotas, ambidestras ou com lateralidade ambígua representam geralmente 10% da população (entretanto, em países como Índia e Japão, são em torno de 5%, possivelmente por pressões culturais) (Ferrari, 2007). Em 27% dos canhotos, a dominância hemisférica para a linguagem fica no hemisfério direito, e, em 15% deles, a dominância para a linguagem é bilateral (Madalozzo; Tognola, 2006).

NEUROPSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA

A neuropsicologia investiga as relações entre as funções psicológicas e a atividade cerebral. É de seu particular interesse o estudo das funções cognitivas, como a memória, a linguagem, o raciocínio, as habilidades visuoespaciais, o reconhecimento, a capacidade de resolução de problemas, as habilidades musicais, etc. As alterações inicialmente **estudadas** pela neuropsicologia foram as **afasias** (perda de linguagem), as **agnosias** (perda da capacidade de reconhecimento), as **amnésias** (déficits de memória) e as **apraxias** (perda da capacidade de realizar gestos complexos, do saber-fazer).

Além dessas funções e sintomas, tem-se dado ênfase a outras dimensões da cognição, como as **atividades construtivas** (execução de tarefas complexas, realização de atos construtivos em sequência, tarefas psicomotoras, etc.) e as **habilidades visuoespaciais** (análise e julgamento de relações espaciais, reconhecimento e memorização de figuras complexas, etc.).

Outras funções e dimensões estudadas pela neuropsicologia nas últimas décadas são: **habilidades musicais** (discriminação de tons e melodias, ritmo e harmonia, etc.), **atenção sustentada e seletiva**, **percepção e organização temporal**, **funções executivas** (identificação e resolução de problemas novos, elaboração de estratégias de ação, execução de tarefas sequenciais, etc.) e **funções conceituais** (formação de conceitos, desenvolvimento de raciocínios, pensamento lógico, habilidades aritméticas, etc.).

A neuropsicologia é uma área de interesse crescente em psicopatologia e psiquiatria de modo geral. Nas últimas décadas, tem aumentado o uso de modelos neuropsicológicos para o entendimento dos transtornos mentais, assim como o emprego de testes neuropsicológicos e o estudo de diversos déficits cognitivos sutis ou marcantes em transtornos mentais clássicos, como esquizofrenia, depressão, autismo, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e TOC (revisão em Keefe, 1995).

A neuropsicologia moderna ganhou importante impulso com a obra do neurologista e neuropsicólogo russo Alexander R. Luria (1902-1977). Ele propôs substituir a noção tradicional de sintoma em neurologia e neuropsiquiatria (que, segundo ele, seria demasiadamente simplista e mecanicista) por uma abordagem mais dinâmica e complexa.

A noção de sintoma como decorrente de uma lesão delimitada do cérebro não corresponde à realidade diversificada da vida mental, particularmente dos processos cognitivos. Segundo Luria, no modelo tradicional localizacionista das neurociências, haveria algo que corresponderia ao seguinte esquema:

1. tecido em área cerebral específica, delimitada, é responsável por determinadas funções elementares (linguagem, memória, reconhecimentos, etc.)
2. funções elementares são diretamente afetadas por lesão nesse tecido, nessa área, logo...
3. lesão localizada = sintoma específico

Luria (1981) propõe substituir esse esquema pela noção de **sistema funcional complexo (SFC)**. Segundo ele, o SFC estaria organizado de acordo com as seguintes premissas:

1. Os processos mentais complexos, como linguagem, pensamento, memória, abstração, praxias, gnosias, etc., **não estão "prontos" no adulto, não são fenômenos fixos**, derivados mecânicos de uma área cerebral que entra em ação, independentemente do desenvolvimento do indivíduo. Eles são, de fato, processos mentais construídos durante a ontogênese, por meio da experiência social, ou seja, pela interação intensa e contínua da criança com seus pais e seu meio social. Essa interação

é que permite ao indivíduo adquirir todas as suas funções cognitivas, como memória, linguagem, pensamento, reconhecimento, etc.

2. Do ponto de vista cerebral, as funções e os processos mentais complexos são **organizados em sistemas** que envolvem **zonas cerebrais distintas**, cada uma delas desempenhando um papel específico no sistema funcional, agindo e interagindo em concerto. Tais zonas, na maior parte das vezes, estão em **áreas diferentes** e, em geral, distantes umas das outras no cérebro. Embora distantes, agem de forma coordenada para produzir uma função mental complexa.
3. A **lesão** de uma das áreas cerebrais implicada em determinada função mental superior pode acarretar a **desintegração de todo o sistema funcional**. Portanto, a perda de uma função particular pode informar pouco sobre sua localização. Muito mais relevante que uma área cerebral circunscrita são os sistemas funcionais complexos, constituídos por redes neuronais amplas e muito dinâmicas.

Os **três grandes sistemas funcionais** do cérebro humano, segundo Luria (1981), são:

1. **Sistema do tônus do córtex.** Formado por aferências da periferia, partes superiores do tronco cerebral, córtex límbico e com modulação das regiões pré-frontais. Esse sistema, segundo Luria, é responsável pela ativação geral do sistema nervoso central (SNC). Ele controla particularmente o nível de ativação do córtex, mantendo o nível de consciência, a vigilância e a atenção do sujeito.
2. **Sistema de recepção, elaboração e conservação de informações.** Formado por áreas posteriores do córtex cerebral (occipital, temporal e parietal), ou seja, por zonas sensoriais (visuais, auditivas, táteis e proprioceptivas) primárias e secundárias, além do *carrefour* (encruzilhada) temporoparietaloccipital. Esse sistema, de acordo com Luria, é responsável pela recepção, pela decodificação e pela interpretação das informações provenientes do ambiente externo e interno. É o sistema que reconhece o mundo nas várias modalidades sensoriais (auditiva, visual, tátil, olfativa, etc.) e integra tais informações ambientais em um todo coerente.
3. **Sistema de programação, regulação e controle da atividade.** Formado por áreas anteriores (frontais) dos grandes hemisférios. Esse sistema, conforme Luria, é responsável pela ação do indivíduo sobre o meio ambiente. A partir do reconhecimento de problemas novos e tarefas necessárias, os sistemas pré-frontais programam a atividade complexa do indivíduo, montam estratégias de ação, colocam-nas em funcionamento e monitoram a eficácia de tais ações, modulando-as segundo as variações do ambiente.

Para Luria, a **linguagem** é um dos elementos organizadores mais importantes da atividade cerebral. A partir dela, todas as outras funções cognitivas superiores se organizam. A linguagem, por sua vez, é fenômeno cerebral e sociocultural, produzido e modificado historicamente. Assim, o próprio funcionamento do cérebro, particularmente no que concerne às funções corticais superiores (linguagem, memória, pensamento, etc.), é organizado a partir das interações sociofamiliares básicas, bem como do contexto sociocultural e histórico no qual o indivíduo se insere, desde seus primeiros anos de vida.

LIMITES DA APLICAÇÃO DA NEUROPSICOLOGIA E DOS TESTES NEUROPSICOLÓGICOS EM PSIQUIATRIA

Apesar de representar uma importante contribuição à psicopatologia, abrindo novas perspectivas de entendimento da doença mental, e de contribuir, por meio de um grande número de testes padronizados e sofisticados, para a avaliação de sutis alterações dos rendimentos intelectuais nos transtornos mentais, o modelo neuropsicológico também apresenta claras limitações quando aplicado à psiquiatria (Lezak et al., 2012; Howieson; Loring, 2004).

A utilização, em psicopatologia, dos testes neuropsicológicos é complexa, marcada pelas seguintes dificuldades:

1. Os **testes neuropsicológicos**, ao contrário do que às vezes se afirma, **não medem funções absolutamente específicas**. O desempenho pobre em um teste não indica necessariamente um déficit neuropsicológico específico. Por exemplo, um mau desempenho em um teste visuoespacial (p. ex., o teste de Bender ou o de Benton) pode ser decorrente de déficit visual, déficit de integração de informações visuais, apraxia construcional, agnosia visual e/ou de funções executivas frontais. De modo geral, deve-se constatar que há grande sobreposição entre as várias

funções neurocognitivas complexas.

- Decorrente da primeira constatação, é preciso lembrar-se de que o **desempenho anormal** em um teste neuropsicológico **não significa**, necessariamente, uma **disfunção cerebral regional específica**. Quanto mais complexa for a tarefa (p. ex., funções executivas, raciocínio abstrato, etc.), tanto mais provável será que o déficit se deva a múltiplos fatores, alguns deles inespecíficos, entrando em jogo diferentes redes e sistemas neuronais (revisão em Dodrill, 1997).

PLASTICIDADE NEURONAL: O CÉREBRO TRANSFORMA-SE POSITIVA E NEGATIVAMENTE COM A EXPERIÊNCIA

A experiência é o elemento mais importante que estimula ou restringe a plasticidade neuronal. Desde os anos de 1960, o velho dogma de que o cérebro, uma vez formado, torna-se uma estrutura fixa, pouco passível de modificações, vem sendo substituído pela constatação de que o sistema nervoso, de fato, exibe uma importante característica: a **neuroplasticidade** (Mellon; Clark, 1990).

Tem sido verificada a capacidade do tecido neuronal de se transformar e adaptar às exigências ambientais ou internas do organismo, não só na fase embrionária e no início da vida, mas ao longo de todo o ciclo vital. A experiência é elemento fundamental que estimula ou restringe a plasticidade neuronal (Arteni; Alexandre Netto, 2004).

A neuroplasticidade é verificada pelo nascimento de novos neurônios (neurogênese), pelo aumento ou redução no tamanho dos dendritos e espinhas dendríticas, pela formação ou eliminação de sinapses, pelo aumento da atividade glial e pelas alterações na atividade metabólica de distintas áreas cerebrais. Pequenas proteínas atuantes no cérebro, as neurotrofinas (NTs), também são importantes para a plasticidade neuronal perante a experiência. São algumas delas: fator de crescimento neuronal (NGF), fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF), NT-3 e NT-4/5.

Vinculados à experiência, o aprendizado e a memória estão associados a modificações sinápticas. O fortalecimento de vias sinápticas, a criação de novas sinapses e o recrutamento de neurônios adjacentes, formando novas conexões, relacionam-se, assim, à neuroplasticidade derivada da experiência. Um exemplo de neuroplasticidade são as modificações neuronais verificadas no cérebro de músicos profissionais, por exemplo, violinistas experientes, cujas representações neuronais de suas polpas digitais no córtex tornam-se, após longos anos de aprendizado com o instrumento, muito mais extensas, desenvolvidas e complexas em comparação às de pessoas sem tal experiência (Elbert et al., 1995; Jancke; Shan; Peters, 2000; Bilder, 2011).

EXPERIÊNCIAS NEGATIVAS, TRANSTORNOS MENTAIS E NEUROPLASTICIDADE (ASPECTOS DA EPIGENÉTICA)

Tanto o estresse prolongado como possivelmente as experiências de depressão e ansiedade graves e duradouras exercem importante efeito negativo sobre a plasticidade neuronal. A liberação de adrenalina e de glicocorticoides endógenos (como o cortisol) após o estresse pode causar dano neuronal, principalmente no córtex pré-frontal e no hipocampo (regiões com muitos receptores para glicocorticoides e intimamente relacionadas ao aprendizado e à memória).

Episódios repetidos, graves e longos de depressão foram associados com a redução do volume do hipocampo e do córtex. Postula-se uma neuroplasticidade mal-adaptativa relacionada à origem ou ao agravamento de condições como esquizofrenia, depressão, autismo, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e deficiência intelectual (Thome; Eisch, 2005). A partir de observações clínicas e pesquisas experimentais, postula-se também que separação precoce da mãe, maus-tratos e negligência (fatores considerados atualmente *estresse tóxico* para o cérebro) durante os primeiros anos de vida possam, por meio de neuroplasticidade mal-adaptativa, gerar padrões neuronais disfuncionais relacionados a maior vulnerabilidade aos transtornos mentais (como depressão, esquizofrenia e mesmo TEPT) ao longo da infância e da vida adulta. O **encurtamento dos telômeros** dos cromossomos decorrente de estresse tóxico, sinal de envelhecimento genético e celular, tem sido demonstrado em muitas condições psicopatológicas (Shalev et al., 2013).

Em contrapartida, por exemplo, o exercício físico ocasiona a liberação de substâncias que estimulam a funcionalidade dos neurônios, como o BDNF. Cabe mencionar, nessa linha, o trabalho do

neurocientista Hongjun Song e colaboradores (Song; Stevens; Gage, 2002), que demonstrou que o nascimento de novos neurônios ocorre no hipocampo até o fim da vida, o que é importante para a manutenção da memória, do aprendizado e da inteligência, inclusive na velhice.

No cérebro humano, **mecanismos epigenéticos** de grande relevância têm sido descobertos. São mecanismos mediados por enzimas que atuam em determinadas substâncias “apagadoras” ou “escritoras” no sentido de ativar ou silenciar os genes que se expressam no cérebro humano. Esses mecanismos bioquímicos são fortemente influenciados por experiências pessoais, por estímulos ambientais positivos ou negativos. O estudo dos mecanismos epigenéticos cerebrais relacionados a processos psicológicos e psicopatológicos está apenas se iniciando, mas é possível que traga conhecimento valioso sobre a interação gene-ambiente, natureza-cultura (Franklin et al., 2010).

GENÉTICA MOLECULAR, NEUROCIÊNCIAS E PSICOPATOLOGIA

Nesse ponto, é relevante lembrar que, embora o cérebro no adulto represente apenas 2% do peso corporal, cerca de metade do genoma humano é dedicada a sua produção. Atualmente, os neurocientistas e geneticistas já conseguem mapear no cérebro humano como os genes se expressam ou são silenciados nas diferentes áreas cerebrais (a ação de mais de 20 mil genes já foi identificada). Assim, está em andamento a construção de um mapa genético do cérebro humano (Hawrylycz et al., 2012).

Na fase inicial dessa linha de investigação, tem sido evidenciado que a atividade gênica (expressão dos genes) no cérebro é relativamente homogênea em relação às diferentes áreas cerebrais; o que mais difere em relação à expressão gênica é o tipo de célula neuronal cortical (p. ex., os distintos neurônios cerebrais, como células granuladas, células piramidais, células triangulares, células horizontais de Cajal, células piramidais gigantes).

Os genes definem mais que tipos de células estarão presentes em determinada região cortical; o que define como o córtex se comporta é antes a forma como os neurônios estão conectados entre si e o histórico de experiências pelas quais o indivíduo passou (o que, por sua vez, estimulou a formação de determinados circuitos cerebrais, determinadas sinapses). Entretanto, o trabalho de identificar a atividade gênica no cérebro está apenas se iniciando; nos próximos anos e décadas, possivelmente se saberá muito mais nessa estratégica área de pesquisa (Hawrylycz et al., 2012).



6. Contribuições da filosofia à psicopatologia

Muitas são as contribuições da tradição filosófica à psicopatologia. Não se pode pretender, neste reduzido espaço, explorá-las de modo abrangente. Foram selecionados, então, apenas quatro temas que são particularmente relevantes: 1) a relação mente-cérebro; 2) o problema da causalidade em psicopatologia; 3) o problema da verdade em psicopatologia; e 4) a questão dos valores em psicopatologia e na prática clínica.

A RELAÇÃO MENTE-CÉREBRO

As possíveis relações entre a atividade mental, aquilo que a tradição filosófica chama de espírito, alma ou mente, e o órgão do corpo humano responsável por essa atividade, ou seja, o cérebro, têm sido objeto de reflexões e intensas discussões filosóficas desde a Antiguidade. Trata-se da complexa **relação mente-cérebro (RMC)**, ou alma-corpo. No período contemporâneo, a disciplina filosófica que lida com essa questão é a chamada Filosofia da Mente (ver Costa, 2005; Matthews, 2007; Teixeira, 2012; Kiekhöfel, 2014).

Pergunta-se se seria a mente simplesmente um produto secundário da atividade cerebral, uma “secreção do cérebro”, um epifenômeno, ou se ela teria autonomia em relação ao cérebro. Mais que isso, como postula o filósofo Thomas Nagel (1974), deve-se pensar até que ponto ter uma mente (que se relaciona com um corpo) e ter experiências mentais conscientes pode indicar o que seria algo como (*what is it like*) ser alguém (eu mesmo ou um outro diferente de mim) – enfim, o que poderia ser a experiência de um outro ser, radicalmente distinto de mim mesmo.

A primeira reflexão consistente sobre a RMC (naquele contexto histórico seria a relação mente-corpo ou alma-corpo) foi enunciada por Aristóteles (por volta de 330 a.C.) em sua obra *Peri psyches* (*Sobre a alma* [1994]). Nela, o filósofo constata que há relativa facilidade em relacionar as funções sensitivas, locomotoras, nutritivas e reprodutivas da alma a processos físicos do organismo.

Entretanto, quando se trata das funções do intelecto, as coisas parecem ficar mais complicadas. A filosofia aristotélica afirma que o conhecimento sobre as coisas materiais, por meio dos órgãos dos sentidos, reflete simplesmente a capacidade de essas coisas impressionarem a mente. Contudo, o conhecimento racional do ser humano, que inclui as “verdades universais”, não poderia partir apenas da impressão das coisas sobre os órgãos dos sentidos. Aristóteles acredita que aquela parte pensante da

alma, que denomina espírito, não se mistura com o corpo, não é capaz de sentir ou sofrer, mas pode pensar (na sua nomenclatura, é uma substância distinta da substância material).

As principais teses filosóficas sobre a RMC podem ser divididas em dois grandes grupos: as teses “**dualistas**” (na RMC, há duas realidades distintas, ou duas substâncias) e as “**monistas**” (na RMC, só há uma realidade, ou uma só substância). A seguir, são apresentadas as principais visões, expostas resumidamente, de forma didática e simplificada (para revisões sobre o tema, ver Bunge, 1989; Goodman, 1991; Kandel, 1998; Churchland, 2004; Costa, 2005; Matthews, 2007; Teixeira, 2012).

PERSPECTIVAS DUALISTAS

Nas teses dualistas, o pressuposto básico é o de que haveria duas substâncias ou duas realidades distintas: a mente e o cérebro (ou corpo). As principais versões de dualismo são apresentadas a seguir.

Dualismo interacionista ou cartesiano

Essa tese postula a **ação recíproca** e de influência mútua entre duas substâncias independentes e autônomas: a mente e o corpo (incluído aqui o cérebro). É também chamada de dualismo psicofísico.

Embora a alma e o corpo sejam considerados duas realidades distintas, com determinada autonomia, uma influenciaria a outra intimamente, havendo interação constante. Tal posição foi defendida pelo filósofo René Descartes (1596-1650) em suas obras *Meditações metafísicas* e *As paixões da alma*. Para ele, haveria, então, duas substâncias distintas: a *res extensa* (matéria, uma coisa que se estende no espaço) e a *res cogitans* (pensamento ou mente, uma coisa que pensa). O filósofo afirmou, no fim das *Meditações*: “Minha alma, pela qual eu sou o que sou, é inteiramente e verdadeiramente distinta de meu corpo e ela pode ser ou existir sem ele” (2017, p. 144).

Para Descartes (1973), a alma se comunica com o corpo, e este, com a alma, revelando sua tese interacionista. Por exemplo, no artigo 19 (p. 234) de seu livro *As paixões da alma*, diz:

Há duas classes de percepções, umas causadas pela alma e outras pelo corpo. As causadas pela alma são as percepções de nossas vontades e de todas imaginações e outros pensamentos que dela dependam. [...] as causadas pelo corpo dependem dos nervos.

Mais adiante, no artigo 47, o autor (p. 245) explica como alma e corpo se comunicam e interagem:

[...] pode a glandulazinha (pineal) que há no meio do cérebro ser impulsionada de um lado pela alma e, por outro lado, pelos espíritos animais do corpo (que são corpúsculos presentes no sangue). Sucede que muitas vezes estes impulsos são contrários, e o mais forte anulará o efeito do outro.

Dessa forma, Descartes formulou sua visão dualista da relação mente-corpo, que teve grande influência no Ocidente. Ela passou a ser questionada de forma crescente apenas no século XIX, com a emergência de forte corrente de materialismo cientificista. A tese de Descartes acaba por sustentar a existência de uma alma imaterial no ser humano, que sobrevive à morte do corpo, crença esta que se situa no campo da religião, da fé, e não no campo da ciência, das demonstrações empíricas inequívocas. Assim, no campo científico da atualidade, é difícil manter a tese cartesiana.

Dualismo paralelista

Alma e corpo representam duas espécies de realidade, **duas substâncias** totalmente **distintas e autônomas, independentes e ininfluenciáveis** entre si. Uma e outra coexistem e transcorrem paralelamente, sem interações recíprocas (posição defendida, por exemplo, pelo filósofo Gottfried Wilhelm Leibniz [1646-1716]).

A marcante fragilidade dessa tese transparece no fato de inúmeros fenômenos neuro-psicológicos, clínicos e experimentais revelarem íntima correlação entre fenômenos mentais e ocorrências cerebrais. Por exemplo, um trauma craniano, uma hemorragia cerebral ou um tumor cerebral de extensão importante associam-se temporalmente a graves perturbações do nível de consciência, da atenção, da orientação, da memória; uma despolarização intensa no córtex cerebral se associa sempre a uma crise convulsiva.

Dualismo epifenomenista

Essa tese, ainda dualista, mas mais próxima de uma visão monista materialista ou fisicalista, afirma que o cérebro produziria ou causaria os fenômenos mentais, que, por sua vez, seriam epifenômenos do

cérebro, mas que não retroagiriam sobre ele. Foi uma tese defendida, por exemplo, pelo filósofo Thomas Hobbes (1588-1679) e pelo anatomista evolucionista Thomas Henry Huxley (1825-1895).

A principal objeção a essa tese baseia-se na necessidade de se aceitar uma **mente** ou espírito que, de alguma forma, **se diferenciaria do cérebro**, passando a ter “vida” autônoma. Além disso, muitos fenômenos mentais produzem alterações funcionais e mesmo estruturais no cérebro. Por exemplo, em uma criança privada de visão por problemas nos globos oculares, as áreas corticais relacionadas à visão não se desenvolvem; o estresse intenso e duradouro pode produzir alterações no hipocampo (área temporal medial) do indivíduo.

PERSPECTIVAS MONISTAS

As teses monistas (só há uma substância, uma realidade) são, na sua grande maioria, teses materialistas, também chamadas de fisicalistas (a única substância que existe é a matéria física). A seguir, examinaremos as várias versões de monismo.

Monismo espiritualista

Tese atualmente defendida por poucos. Nela, só o espírito seria real; portanto, trata-se de uma tese diametralmente oposta ao materialismo/fisicalismo. Trata-se de uma forma de idealismo subjetivista extremo. O essencial da realidade seria a experiência interna imediata. Tudo se reduziria à experiência subjetiva ou mental do indivíduo (mentalismo radical). A tese acaba desembocando em um espiritualismo radical, em certo sentido negador da matéria, muito difícil de sustentar. Seu principal defensor foi o filósofo George Berkeley (1685-1753), que afirmava “*esse est percipi*” (ser é ser percebido). A realidade se resume a perceber ou ser percebido; só existiria uma única realidade última, a espiritual.

Monismos materialistas ou fisicalismos

Como mencionado, a grande maioria das teses monistas em filosofia da mente é materialista (fisicalista). O fisicalismo é uma concepção materialista radical. Os primeiros fisicalistas foram os filósofos materialistas da Antiguidade, como Demócrito, Epicuro e Lucrecio. Para eles, só a matéria e o movimento seriam reais e eternos. Na modernidade, essa tese foi adotada e desenvolvida por filósofos do Iluminismo, no século XVIII, posteriormente por materialistas e positivistas do século XIX e, nos dias atuais, por filósofos da mente agrupados como fisicalistas.

O fisicalismo é linha filosófica na filosofia da mente geralmente circunscrita ao **naturalismo**: nada existiria fora da natureza. Os estados mentais seriam, na verdade, estados físicos, cerebrais, que obedecem a leis naturais. A alma seria uma atividade fisiológica do cérebro; processos e eventos mentais seriam expressões de atividade neuronal.

Essa tese começou a ganhar mais força no fim do século XIX, quando se defende que tudo se reduz à matéria. Ao longo do século XX e no início do XXI, o fisicalismo ganha força adicional com o crescimento das neurociências cognitivas, sobretudo a partir dos métodos de neuroimagem funcional, nas últimas décadas do século XX e neste início de XXI.

De modo geral, as **teses fisicalistas** são **reducionistas**, pois visam assumidamente reduzir o conjunto de fenômenos descritos como mentais ou físicos a fenômenos de um só tipo, ou seja, materiais, físicos, neuronais (mesmo havendo a descrição de vários tipos de fenômenos, aqui todos são e devem ser reduzidos a um só tipo de fenômeno). Veremos, agora, algumas das principais versões contemporâneas do fisicalismo, que se opõem ao dualismo.

Fisicalismo 1: Teoria da identidade mente-cérebro ou espírito-matéria

Para os defensores dessa tese, haveria uma identidade entre eventos mentais e físicos, neuronais; eles seriam, de fato, uma única coisa. Uma das primeiras versões de tese de identidade espírito-matéria foi sustentada pelo filósofo Baruch Spinoza (1632-1677). Segundo ele, os fenômenos naturais (cérebro) e os espirituais (mente) são, no fundo, a mesma coisa, havendo apenas diferentes vias de acesso a uma mesma e única substância.

Essa é uma versão relativamente branda de fisicalismo, pois coloca as duas dimensões, matéria e espírito (que de fato seriam uma só dimensão), em posições hierárquicas semelhantes. As versões atuais de identidade mente-cérebro foram formuladas no contexto do positivismo lógico e da filosofia analítica, pelos filósofos Herbert Feigl (1902-1988), Ullin Thomas Place (1924-2000) e John J. Carswell Smart (1920-2012). A tese básica é a de que estados ou eventos mentais seriam, de fato, a mesma coisa que estados ou eventos físicos, neuronais.

Fisicalismo 2: Eliminacionismo

Nessa versão radical de fisicalismo, nada genuína e cientificamente verdadeiro pode ser chamado de “mental” ou “espiritual”. Para o eliminacionismo, a linguagem que se usa convencionalmente para se referir aos fenômenos mentais é oriunda de uma psicologia intuitiva referente a sentimentos, desejos, crenças, ideias. Tal linguagem seria a chamada *psicologia popular ou do senso comum (folk psychology)*. Nessa linguagem, os fenômenos (como medo, desejo, timidez, raiva, lembrança, etc.) são dotados de intencionalidade, algo que os fenômenos naturais não teriam. Os principais representantes dessa versão são os filósofos Paul K. Feyerabend (1924-1994) e o casal Paul (1942-) e Patricia (1943-) Churchland.

O que os fisicalistas eliminacionistas propõem é a eliminação da linguagem psicológica tradicional (principalmente da *folk psychology*), substituída por termos das neurociências. Assim, a sentença “*eu sinto uma tremenda dor de dente*” deveria ser eliminada da ciência e substituída por algo como “*as fibras-C (células nervosas que ativadas em sincronia produzem a sensação desagradável de dor) de minha boca foram intensamente ativadas*”.

Uma das críticas ao eliminacionismo é a de que não temos nenhuma garantia de que as neurociências possam produzir uma linguagem que expresse de fato a riqueza de experiências subjetivas que a *psicologia popular* (e também a científica) apresenta. Também pode-se criticar essa tese ao afirmar que talvez seja uma grande perda abandonar os termos subjetivistas, dotados de intencionalidade e valor, que a *psicologia popular* apresenta. Nesse sentido, Mario Bunge (1989, p. 57) afirma que “[...] não nos livramos do problema da natureza da mente declarando que ela não existe, ou que não é possível estudá-la cientificamente”.

Fisicalismo 3: Teorias do duplo aspecto ou monismo anômalo

Essa tese, formulada pelo filósofo Donald Davidson (1917-2003), postula que, embora só haja matéria, devido à não existência de leis psicofísicas (leis que relacionam a matéria ao espírito, o cérebro à mente), existiriam dois tipos legítimos de descrição (do cérebro e da mente), não redutíveis um ao outro. É, portanto, uma versão de fisicalismo moderado.

Outra forma de fisicalismo menos radical, que se difundiu nos séculos XVIII e XIX, foi a chamada “**teoria do duplo aspecto**”. Segundo ela, o organismo é unitário, revelando, porém, dois aspectos: um físico e outro mental, um não se reduzindo, nem sendo mais válido que o outro. Não há duas realidades, mas dois aspectos de uma só realidade (que, em última análise, é material). Alguns de seus representantes foram Julien Offray de la Mettrie (1709-1751), Charles-Louis de Secondat ou Montesquieu (1689-1755) e Ernst Haeckel (1834-1919).

Fisicalismo 4: Teoria da mente como emergente

Aqui, os fenômenos mentais são conceitualizados como “emergentes”, relativos ao cérebro. Eles seriam gerados e constituídos por eventos físicos e físico-químicos da matéria cerebral. Entretanto, os fenômenos mentais são caracterizados, no seu aspecto mais específico e fundamental, por propriedades diferentes e irreduzíveis àquelas do cérebro. Essa tese aproxima-se, de fato, ao dualismo epifenomenista e ao monismo materialista, na versão da “teoria do duplo aspecto”. Seus representantes mais destacados foram os filósofos Denis Diderot (1713-1784) e Mario Augusto Bunge (1919-), bem como os neurocientistas Santiago Ramón y Cajal (1852-1934) e Roger Wolcott Sperry (1913-1994).

Fisicalismo 5: Behaviorismo analítico

Essa versão do fisicalismo (que é, de fato, antes de tudo, uma versão antidualista) passou a ser defendida por filósofos do positivismo analítico vienense, assim como por Gilbert Ryle (1900-1976) (considerado um dos fundadores da filosofia da mente contemporânea). Para eles, a crítica ao dualismo se referiria às fragilidades de um mentalismo baseado em entidades subjetivas vagas e não consistentes.

Para a tese do behaviorismo analítico, entidades mentais como emoções, dores, pensamentos e crenças ou não existem, ou não desempenham qualquer papel. Esses estados devem ser abordados e analisados como comportamentos ou disposições comportamentais. Estes seriam fenômenos mais circunscritos e definíveis.

Fisicalismo 6: Funcionalismo em filosofia da mente

A versão funcionalista em filosofia da mente repousa no argumento de que certas coisas são definidas por sua natureza material, como uma montanha, um cavalo ou um arbusto; outras são mais bem definidas pelas funções que exercem, como ser alpinista, ser veloz ou ser um jardineiro. O que importa aqui, para a definição, é a função exercida, e não o aspecto material. Em filosofia da mente, argumentam os funcionalistas, os estados e eventos mentais pertencem ao tipo de coisas definidas por sua função, e

não por sua natureza material. A mente ou psiquismo não se define pela sua base material, mas pelo que faz ou como funciona.

Quando se abordam eventos como percepções, pensamentos, lembranças e emoções, não se está abordando coisas compostas por certo tipo de substância, mas as funções, o papel causal desses eventos na vida mental de um ser. Raiva ou medo não são algo que acontece na mente ou no cérebro de uma pessoa; são, antes, eventos desencadeados por estímulos como uma frustração ou ameaça, que levarão o indivíduo a gritar ou a ficar tremendo.

Essa versão de monismo se aproxima do behaviorismo analítico, porém difere dele por aceitar os termos e descrições mentalistas. Embora seja uma versão proposta por autores materialistas, o funcionalismo pode também ser compatível com o dualismo cartesiano. Hilary Putnam (1926-2016) e Jerry Alan Fodor (1935-) foram filósofos que aceitaram essa proposta, e este último usou a metáfora da computação para descrever sua versão funcionalista; aproximou o cérebro do *hardware* e a mente do *software*. Assim, a mente passa a ser descrita metaforicamente como uma programação de computador, uma programação feita no cérebro das pessoas.

Argumentos contra o fisicalismo

Embora as várias versões do fisicalismo estejam mais integradas à perspectiva científica atual, ao recusar a realidade de entidades mentais, de uma alma humana imaterial, muitos problemas filosóficos surgem quando se adota teses fisicalistas que negam as especificidades da mente.

Uma das principais **objeções ao fisicalismo** é a de que, na experiência humana, o mental não pode ser reduzido ao neuronal sem uma perda importante de significados e de possibilidades de expressar o que ocorre de fato com o indivíduo. O filósofo Thomas Nagel (1937-) chamou de **qualia** as qualidades privadas e diretamente experimentadas como percepções, emoções ou imagens mentais **vivenciadas na primeira pessoa** (Nagel, 2010). Ao observar um pôr do sol impressionante, ao beber um vinho especialmente bom, ao sentir um medo aterrorizante, vivemos experiências que nos ocorrem como eventos privados únicos, que não podem ser descritos de forma objetiva absoluta, na terceira pessoa, sem uma perda considerável nessa descrição da riqueza de tal experiência.

A possibilidade de reduzir os *qualia* a eventos neuronais parece impossível ou muito distante da realidade das neurociências atuais. Pode-se descrever determinados eventos mentais por meio de fenômenos observados na ressonância magnética cerebral funcional, porém não se encontra nada parecido aos *qualia* por meio de estudos cerebrais.

Outra objeção ao fisicalismo é a chamada **múltipla realizabilidade**. Sabe-se que o cérebro humano é um órgão extremamente plástico em suas funções, e a verificação de tal plasticidade, nas últimas décadas, só tem aumentado com o avanço do conhecimento desse órgão.

Estados e eventos cerebrais não podem ser aproximados, correlacionados ou identificados com estados e eventos mentais de forma unívoca. Eventos mentais singulares podem ocorrer associados a diferentes arranjos (ativações em áreas ou circuitos) cerebrais. Ativações de áreas ou circuitos cerebrais específicos podem resultar, em distintas pessoas, em diferentes eventos mentais. Se as RMCs, apesar de fundamentais para a ciência, não são unívocas, mas ocorrem segundo a **múltipla realizabilidade**, como será possível chegar a uma psicologia e psicopatologia que repouse unicamente em descrições de eventos cerebrais?

O PROBLEMA DA CAUSALIDADE EM PSICOPATOLOGIA

Um dos problemas filosóficos e científicos mais complexos que a psicopatologia enfrenta é a questão das relações de causalidade entre diversos eventos e fenômenos. Por exemplo, pensar corretamente, seguindo a lógica do raciocínio científico, implica sair da posição ingênua em relação à atribuição de causalidade, na qual, muitas vezes, as pessoas se colocam: “Ele ficou louco depois que levou aquele susto” ou “Aquela discussão foi o começo de sua esquizofrenia”. Confundem-se, com frequência, associações fortuitas, epifenômenos, eventos já pertencentes ao quadro clínico, com fatores verdadeiramente causais (Lyketsos; Treisman, 1996).

Um dos equívocos mais comuns, cometido mesmo por profissionais e pesquisadores, é confundir mecanismos funcionais, processos psicológicos e psicopatológicos envolvidos em determinado transtorno mental com eventos causais propriamente ditos. Assim, descrevem-se processos de regressão, mecanismos mentais como a projeção, a negação e a forclusão (em psicanálise), ou processos cognitivos como a organização de determinados conteúdos cognitivos negativos (em abordagens

cognitivo-comportamentais), e atribui-se, às vezes sem os critérios científicos adequados, a qualidade de fator causal a tais mecanismos.

Da mesma forma, em psiquiatria biológica, observam-se certas alterações neurobioquímicas ou de neuroimagem, e, apressadamente, deduz-se que essas alterações causaram os transtornos em questão. É a tentação de se atribuir a mecanismos envolvidos na doença o poder de verdadeiros elementos etiológicos, supostamente identificados pelo investigador. Entretanto, o rigor científico exige mais; não basta que certo fenômeno esteja presente no transtorno para que seja considerado elemento etiológico, fator causal indubitável.

Pode-se tomar, como exemplo, a associação entre dois ou mais fenômenos. Muitas vezes, encontram-se, em psicopatologia, como em qualquer outro ramo da ciência, associações de fenômenos, eventos que ocorrem de forma conjunta. Entretanto, é importante sempre lembrar que as associações entre eventos podem ou não implicar umnexo causal.

Dessa forma, o método científico rigoroso alerta que apenas determinadas características de uma associação indicam uma possível relação de causalidade. Em 1964, Sir Austin Bradford-Hill sugeriu um guia para poder se presumir, com mais segurança, quando se está diante de associações estatísticas fortes, que configuram verdadeiras relações de causalidade (A causando B). Suas propostas norteadoras são as seguintes (Bradford-Hill, 1964):

1. **Plausibilidade.** Caso a associação seja considerada como de causalidade, isto é, plausível do ponto de vista biológico e/ou psicológico e/ou social. É plausível que a infecção por um vírus como o HIV produza a doença aids; é plausível que um evento traumático como estupro ou sequestro seja fator causal para a ocorrência de transtorno de estresse pós-traumático em determinada pessoa.
2. **Temporalidade.** A suposta causa deve ocorrer sempre antes do suposto efeito. Pode-se acrescentar às propostas sugeridas por Bradford-Hill (e conectado à temporalidade) a *reversibilidade*, que se evidencia quando a remoção ou redução do possível fator causal cessa ou diminui o suposto efeito.
3. **Força da associação.** Relações intensas e muito frequentes entre dois fenômenos podem, junto com outros itens aqui assinalados, sugerir causalidade. Associações fortes têm mais chances de serem causais.
4. **Gradiente biológico ou dose-resposta.** Níveis crescentes de exposição ao fator causal aumentam o risco de ocorrer o suposto efeito ou a intensidade do efeito.
5. **Consistência.** Diferentes estudos, distintas observações, em contextos diversos, em diferentes populações, chegam a resultados semelhantes, revelando a relação de causalidade entre dois eventos.
6. **Especificidade.** A presença e a atuação da causa específica são *necessárias* para o surgimento do efeito.
7. **Evidência experimental.** Quando a relação de causalidade é demonstrada por experimentos feitos com as condições exigidas pela boa pesquisa científica, tal relação causal é reforçada.
8. **Coerência.** A relação de causalidade que será estabelecida não deve conflitar ou ser totalmente dispar em relação a conhecimentos já bem estabelecidos e bem demonstrados pela ciência. Dessa forma, a suposta relação de causalidade não entra em conflito com dados científicos mais robustos que contradigam a suposta relação de causalidade.
9. **Analogia.** Para a relação de causalidade que está sendo aventada, espera-se que, por analogia, relações causais análogas já tenham sido demonstradas. Por exemplo, se um vírus causa certa doença em primatas, ele pode também, por analogia (humanos são também primatas), causar doença semelhante em seres humanos.

As relações causais unilineares e unifatoriais (só um fator ou evento necessário para produzir o resultado) com fatores causais bem estabelecidos, que são necessários e suficientes para produzir um quadro psicopatológico, são, de fato, relativamente raras no campo da psicopatologia. Nesse sentido, Araújo, Dalgarrondo e Banzato (2014) sugeriram que, para muitas áreas da medicina e para a maior parte da psicopatologia, o guia de Bradford-Hill pode ser de difícil aplicação (Araújo; Dalgarrondo; Banzato, 2014).

Assim, com base no filósofo da ciência John L. Mackie, Araújo, Dalgarrondo e Banzato (2014) propõem um **sistema de causalidade** em que a causa não ocorra como evento isolado, mas que se trate de uma somatória de eventos (que podem ser individualmente fracos, mas em conjunto serão suficientes) em certo contexto causal (todo o contexto também necessário para que a relação de causalidade se estabeleça), produzindo o efeito.

Em psicopatologia, por exemplo, para que a perda de uma pessoa próxima se relacione com o eclodir de um episódio depressivo, é necessário, além da perda, que uma situação de fundo, um *background* com vários outros fatores, esteja também presente (como certa vulnerabilidade genética para a depressão, uma situação existencial já difícil antes da perda, falta de apoios sociais, etc.). A essa situação de fundo, Mackie denominou **campo causal**.

Em psicopatologia, de modo geral, para que determinado efeito surja, deve estar presente um **conjunto de fatores causais** isoladamente fracos (porque isoladamente não causam o transtorno), mas que, somados, atuando em um campo causal, contribuem para a ocorrência do efeito (no caso, transtorno ou sintoma psicopatológico).

Vale, no sentido de se recomendar cautela para as associações de causalidade, retomar a fórmula com que os filósofos escolásticos da Idade Média, versados em lógica, criticavam as atribuições apressadas de causalidade. Eles citavam a fórmula latina que resume uma atitude aparentemente lógica, mas enganadora: *Post hoc, ergo propter hoc* (depois disso, logo em consequência disso). Assim, de modo geral, em psicopatologia, são necessários mais elementos do que a simples sequência temporal de um único fator causal isolado produzindo um único efeito.

O PROBLEMA DA VERDADE EM PSICOPATOLOGIA

A questão da verdade é fundamental para qualquer campo científico ou de saber. Certamente, não cabe introduzir aqui uma discussão filosófica extensa sobre a verdade; apenas se busca assinalar que tal questão é relevante para a psicopatologia (para debate nessa área, ver Zorzanelli; Dalgalarrodo; Banzato, 2016).

De modo geral, considera-se a verdade como uma propriedade ou um valor que se atribui a teorias, teses e proposições. Três conceitos de verdade podem ser aqui evocados: o convencionalista, o pragmático e o realista (Tarski, 1960).

Segundo o conceito **convencionalista**, a verdade de uma proposição ou teoria depende da relação que esta estabelece com outras proposições; nesse sentido, a verdade é sinônimo de **coerência**. Uma teoria psicopatológica verdadeira seria uma teoria coerente, bem arquitetada, sem contradições internas. Tal concepção agrada aos autores que prezam sobretudo a lógica, a coerência e o raciocínio dedutivo impecável; entretanto, ela é bastante criticável, pois uma teoria muito bem montada e coerente pode estar em total desacordo com os fatos: bem arquitetada, mas falsa.

Já segundo a perspectiva **pragmática**, a verdade se identifica com os resultados que uma teoria produz, com o efeito ou êxito resultante de sua ação, com determinado sucesso nos resultados obtido ao assumir tal verdade. É verdadeiro aquilo que se prova eficaz, que produz os melhores resultados práticos. Essa perspectiva, embora atraente para profissionais práticos e voltados à ação, tem sua fragilidade, pois, historicamente, muitas teorias e concepções que “funcionaram” bem mostraram-se falsas. Uma vertente mais crítica de pragmatismo afirma que, não sendo possível o acesso à verdade última das coisas (verdades pressupostas metafisicamente), as teorias e as concepções devem ser julgadas pelas consequências (de várias naturezas, como eficácia, ética, política, etc.) que decorrem de seu uso e aplicação.

Por fim, a concepção **realista** baseia-se na tese aristotélica da verdade como a *correspondência* do pensamento à realidade fatural; a proposição deve estar de acordo com o fato que afirma. Esse conceito de verdade, embora o mais aceito pelo senso comum e, de forma aparente, o único realmente sustentável, é muitas vezes difícil de utilizar e mais complexo do que parece. Hoje se sabe que, na própria formulação sobre o que seriam os fatos reais ou concretos, intervêm a linguagem e certa interpretação e valoração prévia desses fatos. Fatos brutos, originais, intocados pelas representações, valores e teorias que deles são feitas, são, na verdade, mais virtuais que reais.

A rigor, uma teoria científica em psicopatologia que queira se afirmar como **teoria plenamente verdadeira** (o que, em geral, é uma utopia) deveria idealmente preencher estas quatro dimensões; ou seja, ser **coerente, sem contradições internas**, produzir os resultados **pragmáticos** desejados e mostrar-se **adequada à realidade fatural**, revelando-se plenamente correspondente ao fato que descreve e explica.

Além do exposto, duas outras qualidades são desejáveis a uma teoria científica: poder de previsão e qualidade heurística. Uma teoria capaz de prever fatos a partir de um conjunto de variáveis dadas, além de ser pragmaticamente mais poderosa, revelaria uma relação com a verdade fatural possivelmente mais sólida. A qualidade heurística, por sua vez, indica o poder de uma teoria de enriquecer e esclarecer a percepção da realidade em questão, além de gerar novas teorias e abrir perspectivas mais variadas e fecundas.

Apesar de ter vivido há mais de 700 anos, o filósofo Roger Bacon (1214-1294) sugeriu quatro preceitos que auxiliariam a distanciar-se do erro e aproximar-se da verdade. Ele recomendou **evitar**:

1. As referências a autoridades não apropriadas: porque um “grande autor” afirmou algo, isso não torna a afirmação automaticamente verdadeira. É a crítica ao chamado “argumento de autoridade”.
2. A influência indevida dos costumes: determinados “hábitos cognitivos” podem induzir a graves erros.
3. As opiniões da multidão não educada: hoje chamadas de “senso comum”, que podem ser, apesar de amplamente aceitas, cientificamente falsas.
4. As atitudes de aparente sabedoria, pois, muitas vezes, apenas disfarçam a ignorância.

A QUESTÃO DOS VALORES EM PSICOPATOLOGIA E NA PRÁTICA CLÍNICA

Nos últimos anos, impulsionado principalmente pelos trabalhos do filósofo e psiquiatra inglês Bill Fulford, o tema dos valores implicados na prática e teoria psiquiátrica e psicopatológica tem ganhado considerável relevância. Muito centrada em supostos “fatos científicos objetivos”, a teoria e prática em saúde mental e psicopatologia deve considerar com a devida importância os valores que estão em jogo, tanto para a prática como para a teoria (Fulford, 2004).

Tradicionalmente, médicos, psiquiatras e, em certa medida, psicólogos tenderam a considerar suas práticas e teorias como baseadas em fatos objetivos isentos de valores, a partir dos projetos cientificistas e positivistas que herdamos do século XIX. Entretanto, tal perspectiva é, quase sempre, irreal e artificial. De fato, nossa prática em saúde geral e mental, assim como nossas teorias, dialogam, dependem ou são consideravelmente influenciadas por valores básicos e profundamente arraigados, os quais se tende a negligenciar ou não perceber. A psicopatologia é, portanto, nas suas várias vertentes, dependente e relacionada tanto a fatos objetivos (sintomas, sinais e transtornos identificados, tratamentos e técnicas de intervenção) como a valores que estão intimamente imbricados, entrelaçados em tais “fatos” (que apenas artificialmente são neutros, em relação a valores).

Os valores podem ser mais ou menos “visíveis”, perceptíveis ou não perceptíveis. Aqueles que, de modo geral, no dia a dia, nos influenciam permanecem pouco explicitados, a não ser nos momentos de **conflitos de valores**. Por exemplo, quando se decide diagnosticar com demência uma pessoa idosa com perda importante da memória recente e de outras funções cognitivas e, a partir disso, orientar os familiares sobre como lidar com o idoso, tendemos a não perceber questões relacionadas a valores. Entretanto, no caso do diagnóstico de uma jovem com anorexia nervosa grave e desnutrição acentuada, que não deseja qualquer intervenção, mas corre determinado risco à saúde e à vida, os valores que orientam nossa prática “saltam aos olhos”. Uma pessoa com grave risco de morte, mas que, sem sintomas psicóticos ou déficits cognitivos, opta por não receber intervenção médica, deixa nossas equipes de saúde inexoravelmente perplexas e mesmo confusas.

A questão dos valores surge mais claramente em relação a certas **áreas diagnósticas** (questões diagnósticas relacionadas a sexualidade, uso de substâncias, comportamentos alimentares, personalidade), em relação a certos **domínios da vida** (religião e religiosidade, política, sexualidade, grupos minoritários) e a certas questões-chave (**autonomia** do indivíduo e poder/alcance das ações da equipe de saúde, da família, do Estado com seu poder legal e policial, **comportamentos autodestrutivos** e suicídio). De modo geral, questões de valores se intensificam quando relacionadas às intervenções médicas e psicológicas, mas estão profundamente presentes também em relação às fases diagnósticas e de avaliação em saúde mental. A questão dos valores tem marcantes implicações não apenas nas arenas políticas, sociais e legais, mas também nos campos éticos e estéticos.

Fulford (2004) indica alguns pontos relevantes sobre a questão dos valores na prática clínica em saúde mental (mas válidos para toda a área da saúde):

1. Todas as decisões, inclusive sobre identificar sintomas e fazer diagnósticos, repousam inexoravelmente em **dois pés: fatos e valores**; necessitamos estar sempre atentos a esses dois pés.
2. Valores estão sempre presentes, mas são mais bem percebidos quando há **conflitos de valores** entre pacientes (e/ou familiares) e equipe profissional ou conflitos de valores no interior da equipe profissional.
3. São exemplos de eventos que revelam conflitos de valores de forma marcante a **internação psiquiátrica** contra a vontade do paciente (as internações involuntárias e compulsórias), o **uso de**

psicofármacos em indivíduos sem *insight* do transtorno (mas, mais ainda, em pessoas com *insight*, mas sem desejo de tratamento), o manejo da **agressividade e/ou destrutividade**, sobretudo em indivíduos sem psicose, demência avançada ou deficiência intelectual grave, a **alimentação por sonda** em pessoas que se recusam a se alimentar e entram em risco de morte e **intervenções em menores de idade** (que usam substâncias como *crack* e outras drogas) e **idosos com perdas cognitivas leves**. Tais eventos geralmente são os que trazem com maior impacto as questões de conflitos de valores.

4. O **progresso dos conhecimentos científicos**, em vez de diminuir a presença de valores e seus potenciais conflitos, na verdade **incrementa essa questão**, pois abre novas possibilidades para diferentes valores se expressarem.
5. Na questão de conflitos de valores, deve-se sempre buscar **ouvir atentamente** e com respeito a **perspectiva do paciente** e/ou de seus familiares, pois são com muita frequência (principalmente a clientela que usa o Sistema Único de Saúde [SUS]) o polo menos empoderado nas relações com o sistema de saúde.
6. Resolver conflitos de valores implica um processo relacionado à **consideração balanceada e à negociação** de distintas perspectivas, que devem ser respeitadas em suas particularidades como igualmente legítimas.
7. Na abordagem e tentativa de resolução de conflito de valores, **a linguagem utilizada** pelos profissionais deve ser considerada como ponto importante, pois é elemento fundamental para a exposição adequada, honesta, compreensível e equilibrada das diferentes perspectivas.
8. **Questões legais** (baseadas na constituição federal e código penal, por exemplo) e da **ética profissional** estabelecida (códigos de ética das profissões) devem ser consideradas, mas não utilizadas de *forma cega e mecânica*, pois pode-se cair em **soluções legalistas ou formais** que desconsideram de forma abusiva as perspectivas de valores dos sujeitos (no caso pacientes e familiares) menos empoderados nas relações com o sistema de saúde.



7. Princípios gerais do diagnóstico psicopatológico

Discute-se muito sobre o valor e os limites do diagnóstico em saúde mental. Pode-se identificar, inclusive, duas posições extremas: a *primeira* afirma que o **diagnóstico** em saúde mental **não tem valor** algum, pois cada pessoa é uma realidade única e inclassificável. O diagnóstico apenas serviria para rotular as pessoas diferentes, excêntricas, permitindo e legitimando o poder médico, o controle social sobre o indivíduo desadaptado ou questionador. Essa crítica é particularmente válida nos regimes políticos totalitários, quando se utilizou o diagnóstico psiquiátrico para punir e excluir pessoas dissidentes ou opositoras ao regime. Já a *segunda posição*, em defesa do diagnóstico em saúde mental, sustenta que seu **valor** e seu **lugar** são absolutamente semelhantes aos do diagnóstico nas outras áreas e especialidades médicas. O diagnóstico, nessa visão, é o elemento principal e mais importante da prática psiquiátrica.

A minha posição é a de que, apesar de ser absolutamente imprescindível considerar os aspectos pessoais, singulares de cada indivíduo, sem um diagnóstico psicopatológico aprofundado não se pode nem compreender adequadamente o paciente e seu sofrimento, nem escolher o tipo de estratégia terapêutica mais apropriado. A favor dessa visão pró-diagnóstico, está a afirmação de Aristóteles (1973, p. 211-212), logo nas primeiras páginas do livro *alpha* de sua *Metafísica*:

A arte aparece quando, de um complexo de noções experimentadas, se exprime um único juízo universal dos casos semelhantes. Com efeito, ter a noção de que a Cálias, atingido de tal doença, tal remédio deu alívio, e a Sócrates também, e, da mesma maneira, a outros tomados singularmente, é da experiência; mas julgar que tenha aliviado a todos os semelhantes, determinados segundo uma única espécie, atingidos de tal doença, como os fleumáticos, os biliosos ou os incomodados por febre ardente, isso é da arte. [...] E isso porque a experiência é conhecimento dos singulares, e a arte, dos universais.

Entretanto, é bom lembrar que o próprio filósofo defende que somente o individual é real; o que se tem acesso direto é apenas aos objetos concretos e particulares. O universal, afirmava o filósofo, não existe na natureza, apenas no espírito humano, que capta e constitui as “ideias” a partir do processo de abstração e generalização. Assim Aristóteles (1973, p. 212) prossegue:

Portanto, quem possua a noção sem a experiência, e conheça o universal ignorando o particular nele contido, enganar-se-á muitas vezes no tratamento, porque o objeto da cura é, de preferência, o singular. No entanto, nós julgamos que há mais saber e conhecimento na arte do que na

experiência, e consideramos os homens de arte mais sábios que os empíricos, visto a sabedoria acompanhar em todos, de preferência, o saber. Isso porque uns conhecem a causa, e os outros não.

Assim, há, no processo diagnóstico, uma relação dialética permanente entre o particular, individual (aquele paciente específico, aquela pessoa em especial), e o geral, universal (categoria diagnóstica à qual essa pessoa pertence). Portanto, não se deve esquecer: os diagnósticos são ideias (construtos), fundamentais para o trabalho clínico e para o conhecimento científico.

Tanto na natureza como na esfera humana, podem-se distinguir **três grupos de fenômenos** em relação à possibilidade de **classificação**:

1. Aspectos e fenômenos encontrados **em todos os seres humanos**. Fazem parte de uma categoria ampla demais para a classificação, sendo pouco útil seu estudo taxonômico. De modo geral, em todos os indivíduos, a privação das horas de sono causa sonolência, e a restrição alimentar, fome; ou seja, são fenômenos triviais que não despertam grande interesse à psicopatologia.
2. Aspectos e fenômenos encontrados **em algumas pessoas, mas não em todas**. Estes são os fenômenos de maior interesse para a classificação diagnóstica em psicopatologia. Aqui, situam-se a maioria dos sinais, sintomas e transtornos mentais.
3. Aspectos e fenômenos encontrados **em apenas um ser humano em particular** (totalmente singular). Estes fenômenos, embora de interesse fundamental para a compreensão de um ser humano particular, são restritos demais e de difícil classificação e agrupamento, tendo maior interesse seus aspectos antropológicos, existenciais e estéticos que propriamente taxonômicos.

De modo geral, pode-se afirmar que o diagnóstico só é útil e válido se for visto como algo mais que simplesmente rotular o paciente (para uma abordagem crítica do diagnóstico em psiquiatria, ver Zorzanelli; Bezerra Jr.; Freire Costa, 2014). Esse tipo de utilização do diagnóstico psiquiátrico seria uma forma precária, questionável e não propriamente científica. Funcionaria apenas como estímulo a preconceitos que devem ser combatidos.

A legitimidade do diagnóstico psiquiátrico sustenta-se na perspectiva de **aprofundar o conhecimento**, tanto do indivíduo em particular como das entidades nosológicas utilizadas. Isso permite o **avanço da ciência**, a antevisão de um **prognóstico** e o estabelecimento de **ações terapêuticas e preventivas** mais eficazes. Além disso, o diagnóstico possibilita a **comunicação** mais precisa entre profissionais e pesquisadores. Sem ele, haveria apenas a descrição de aspectos unicamente individuais, que, embora de interesse humano, são ainda insuficientes para o desenvolvimento científico da psicopatologia (revisões sobre a questão do diagnóstico em psicopatologia em Leme Lopes, 1980; Pichot, 1994; Abdo, 1996).

Do ponto de vista clínico e específico da psicopatologia, embora o processo diagnóstico em saúde mental siga os princípios gerais das ciências médicas, há certamente alguns aspectos particulares que devem ser aqui apresentados:

1. O diagnóstico de um transtorno psiquiátrico é quase sempre **baseado** preponderantemente nos **dados clínicos**. Dosagens laboratoriais, exames de neuroimagem estrutural (tomografia, ressonância magnética, etc.) e funcional (tomografia computadorizada por emissão de fóton único [SPECT], tomografia por emissão de pósitrons [PET], mapeamento por eletrencefalograma [EEG], etc.), e testes psicológicos ou neuropsicológicos auxiliam de forma muito importante, principalmente para o diagnóstico diferencial entre um transtorno psicopatológico primário (esquizofrenia, depressão primária, transtorno bipolar [TB], etc.) e uma doença neurológica (encefalites, tumores, doenças vasculares, etc.) ou sistêmica (hipotireoidismo, insuficiência renal, etc.). É importante ressaltar, entretanto, que os exames complementares (semiotécnica armada) não substituem o essencial do diagnóstico psicopatológico: uma **história clínica bem colhida** e um **exame do estado mental** minucioso, ambos interpretados com habilidade.
2. O **diagnóstico psicopatológico**, com exceção dos quadros psico-orgânicos (*delirium*, demências, síndromes focais, etc.), de modo geral, **não é baseado em mecanismos etiológicos** supostos pelo avaliador. Baseia-se principalmente no perfil de sinais e sintomas apresentados pelo paciente na história do transtorno, desde que surgiu até o momento atual da avaliação. Por exemplo, ao ouvir do paciente ou familiar uma história de vida repleta de sofrimentos, fatos emocionalmente dolorosos ocorridos pouco antes do eclodir dos sintomas, a tendência natural é estabelecer o diagnóstico de um transtorno psicogênico, como “psicose psicogênica”, “histeria”, “depressão reativa”, etc. No entanto, isso pode ser um equívoco. A maioria dos quadros psicopatológicos, sejam eles de etiologia “psicogênica”, sejam eles de etiologia “endogenética” ou mesmo “orgânica”,

surge após eventos estressantes da vida. Além disso, é frequente que o próprio eclodir dos sintomas psicopatológicos contribua para o desencadeamento de eventos na vida do indivíduo (como perda do cônjuge, separações, perda de emprego, brigas familiares, etc.). Muitas vezes, o raciocínio diagnóstico baseado em pressupostos etiológicos mais confunde que esclarece. Deve-se, portanto, manter duas linhas paralelas de raciocínio clínico – uma linha diagnóstica, baseada fundamentalmente na cuidadosa descrição evolutiva e atual dos sintomas que de fato o paciente apresenta, e uma linha etiológica, que busca, na totalidade dos dados biológicos, psicológicos e sociais, uma formulação hipotética plausível sobre os possíveis fatores etiológicos envolvidos no caso.

- De modo geral, **não existem sinais ou sintomas psicopatológicos específicos** de determinado transtorno mental. Isso quer dizer que, de fato, **não há sintomas patognomônicos** em psicopatologia, como afirmava Emil Kraepelin [1913] (1996):

Infelizmente não existe, no domínio dos distúrbios psíquicos, um único sintoma mórbido que seja totalmente característico de uma enfermidade (p. 101)

[...] O que quase nunca é produzido totalmente de forma idêntica pelos diferentes transtornos mentais é o quadro total, incluindo o desenvolvimento dos sintomas, o curso e o desenlace final da doença (p. 106).

Portanto, o diagnóstico psicopatológico repousa sobre a totalidade dos dados clínicos, momentâneos (exame do estado mental) e evolutivos (anamnese, história dos sintomas e evolução do transtorno). É essa totalidade clínica que, detectada, avaliada e interpretada com conhecimento (teórico e científico) e habilidade (clínica e intuitiva), conduz ao diagnóstico psicopatológico mais preciso e útil.

- O diagnóstico psicopatológico é, em inúmeros casos, apenas possível com a **observação do curso do transtorno**. Dessa forma, o padrão evolutivo de determinado quadro clínico obriga o psicopatólogo a repensar e refazer continuamente seu diagnóstico. Uma das funções do diagnóstico em medicina é prever e prognosticar a evolução e o desfecho da doença (*o diagnóstico deveria indicar o prognóstico*). Porém, às vezes, isso se inverte no contexto da psicopatologia. Não é incomum que o prognóstico, a evolução do caso, obrigue o clínico a reformular seu diagnóstico inicial.

- Como salientou o psiquiatra brasileiro José Leme Lopes (1904-1990), em 1954, o diagnóstico psiquiátrico deve ser sempre pluridimensional. Várias dimensões clínicas e psicossociais devem ser incluídas para uma formulação diagnóstica completa: identifica-se um transtorno mental como a esquizofrenia, a depressão, a dependência de álcool, etc., diagnosticam-se condições ou doenças ou condições físicas associadas (hipertensão, cirrose hepática, obesidade, etc.) e avaliam-se a personalidade e o nível intelectual desse paciente, sua rede de apoio social, além de fatores ambientais protetores ou desencadeantes (Leme Lopes, 1954).

O sistema norte-americano (*Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM*], desde o início dos anos de 1980, enfatizou até sua quarta edição a importância da **formulação diagnóstica em vários eixos** (infelizmente, o DSM-5 suprimiu os cinco eixos diagnósticos). Também é sumamente importante o esforço para a **formulação dinâmica** do caso (conflitos conscientes e inconscientes implicados no caso específico, mecanismos de defesa, ganho secundário, aspectos transferenciais, etc.) e a **formulação diagnóstica cultural** (símbolos e linguagem cultural específica para aquele indivíduo, representações sociais do indivíduo e familiares, valores, rituais, religiosidade envolvidos no caso) (**Quadro 7.1**).

Quadro 7.1 | O diagnóstico pluridimensional em saúde mental (sistema multiaxial do DSM-IV, suprimido no DSM-5), acrescentando-se a dimensão psicodinâmica e cultural

EXEMPLOS DE FORMULAÇÃO DIAGNÓSTICA

Eixo 1. Diagnóstico do transtorno mental	• Esquizofrenia paranoide, episódio depressivo grave, dependência de álcool, anorexia nervosa, etc.
Eixo 2. Diagnóstico de personalidade e do nível intelectual	• Personalidade histriônica, personalidade <i>borderline</i> , etc., deficiência intelectual leve, deficiência intelectual grave, etc.

Eixo 3. Diagnóstico de distúrbios somáticos associados	• Diabetes, hipertensão arterial, cirrose hepática, infecção urinária, etc.
Eixo 4. Problemas psicossociais e eventos da vida desencadeantes ou associados	• Morte de uma pessoa próxima, separação, falta de apoio social, viver sozinho, desemprego, pobreza extrema, detenção, exposição a desastres, etc.
Eixo 5. Avaliação global do nível de funcionamento psicossocial	• Bom funcionamento familiar e ocupacional, incapacidade de realizar a própria higiene, não sabe lidar com dinheiro, dependência de familiares ou serviços sociais nas atividades sociais ou na vida diária, etc.
Formulação psicodinâmica do caso	• Que conflitos afetivos são mais importantes neste paciente? Dinâmica afetiva da família? Conflitos relativos à sexualidade? Que tipo de transferência o paciente estabelece com os profissionais da saúde? Que sentimentos contratransferenciais desperta nos profissionais que o tratam? Que mecanismos de defesa utiliza preponderantemente? Qual o padrão relacional do paciente? Qual a estrutura psicopatológica do ponto de vista psicanalítico (estrutura neurótica, obsessiva, histérica, fóbica, etc.; estrutura psicótica; etc.)?
Formulação cultural do caso	• Como é o meio sociocultural atual do indivíduo (bairro de periferia, morador de rua, de uma instituição, etc.)? Como o paciente e seu meio cultural concebem e representam o problema? Quais as suas teorias etiológicas e de cura? Como é a identidade étnica e cultural do paciente? Conflitos relativos à identidade psicossocial? Qual e como é sua religiosidade? Como o indivíduo e seu meio cultural encaram o diagnóstico e o tratamento psiquiátrico "oficial"? O paciente é migrante de área rural? Como isso interfere no diagnóstico e na terapêutica? Qual o idioma que ele fala e qual seu domínio da língua portuguesa? Qual a "linguagem das emoções" que utiliza? Qual o impacto das mudanças socioculturais pelas quais o paciente passou em seu transtorno mental?

6. **Confiabilidade e validade do diagnóstico em psicopatologia** (ver revisão em Rodrigues; Banzato, 2012). A **confiabilidade** (*reliability*) de um procedimento diagnóstico (técnica de entrevista padronizada, escala, teste, diferentes entrevistadores, etc.) diz respeito a sua capacidade de produzir, em relação a um mesmo indivíduo ou para pacientes de um mesmo grupo diagnóstico, em circunstâncias diversas, o mesmo diagnóstico. Ao mudar diferentes aspectos do processo de avaliação (avaliador ou momento de avaliação), o resultado final permanece o mesmo. Assim, quando a avaliação é feita por examinadores distintos (*interrater reliability*) ou em diferentes momentos (*test-retest reliability*), obtém-se o mesmo diagnóstico. Tem-se um **indicador de reprodutibilidade do diagnóstico**.

Já a **validade** (*validity*) diz respeito à capacidade de um procedimento diagnóstico conseguir captar, identificar ou medir aquilo que realmente se propõe a reconhecer. Para saber se um novo procedimento diagnóstico é válido, é preciso compará-lo com outro, que seja bem aceito e reconhecido como mais acurado ("padrão-ouro"), capaz de identificar satisfatoriamente o objeto pesquisado (de certo modo, mais próximo da "verdade"). A validade também se refere à capacidade de o diagnóstico prever a evolução do caso, a resposta a tratamentos específicos e o desfecho final do transtorno diagnosticado.

Por sua vez, a **sensibilidade** de um novo procedimento diagnóstico está relacionada a sua capacidade de **detectar com acurácia os casos verdadeiros** incluídos na categoria diagnóstica que se visa identificar.

Já a **especificidade** do procedimento refere-se à capacidade de **identificar verdadeiros "não casos"** em relação à categoria diagnóstica que se pesquisa. Um procedimento com alta sensibilidade identifica quase todos os casos, mas pode falhar reconhecendo erroneamente um não caso (falso positivo) como caso. Outro procedimento com alta especificidade pode ter a qualidade de apenas reconhecer casos verdadeiros, mas falhar ao deixar de reconhecê-los, considerando-os como não casos.

O ideal de um procedimento diagnóstico é que ele seja confiável (reprodutível), válido (o mais próximo possível da "verdade" diagnóstica) e com alta sensibilidade e especificidade.



Parte II

Avaliação do paciente e funções psíquicas alteradas





8. A avaliação do paciente

Todos os homens, por natureza, desejam conhecer.

Aristóteles

AVALIAÇÃO PSICOPATOLÓGICA

A avaliação do paciente, em psicopatologia, é feita principalmente por meio da entrevista. Aqui, a entrevista não pode, de forma alguma, ser vista como algo banal, um simples perguntar ao paciente sobre alguns aspectos de sua vida. Junto com a observação cuidadosa do indivíduo, ela é, de fato, o principal instrumento de conhecimento da psicopatologia. Por meio de uma entrevista realizada com arte e técnica, o profissional pode obter informações valiosas para o diagnóstico clínico, para o conhecimento da dinâmica afetiva do paciente e, o que pragmaticamente é mais importante, para a intervenção e o planejamento terapêuticos mais adequados.

Extrair um conhecimento relevante do encontro com o paciente e, nesse encontro, agir de forma útil e criativa, eis um dos eixos básicos da prática profissional em saúde mental. A entrevista psicopatológica permite a realização dos dois principais aspectos da avaliação:

1. A **anamnese**, ou seja, o histórico dos sinais e dos sintomas que o indivíduo apresenta ao longo de sua vida, seus antecedentes pessoais e familiares, assim como de sua família e meio social.
2. O **exame psíquico**, também chamado **exame do estado mental atual**.

Apresentam-se, a seguir, alguns dos aspectos considerados mais relevantes sobre a técnica de entrevista em psicopatologia.

AVALIAÇÃO FÍSICA

A avaliação da saúde física do paciente com transtorno mental é um aspecto fundamental da avaliação global do indivíduo, inclusive para a psicopatologia.

Aqueles com **transtornos mentais graves** (TMGs) apresentam **doenças físicas bem mais frequentemente** do que a população em geral. Isso ocorre em associação ao enfrentamento de **múltiplas barreiras para o acesso ao cuidado** apropriado em saúde física. Essas combinações têm como consequência a mortalidade precoce das pessoas com TMG. Esses indivíduos têm uma **expectativa de**

vida reduzida em 15 a 20 anos em comparação com a população em geral (Banzato; Dalgalarrodo, 2017).

As condições, os riscos e as doenças físicas mais frequentes em pessoas com TMG são: diabetes tipo II e resistência à insulina, dislipidemia, doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, arritmias cardíacas), neoplasias malignas, HIV/aids, hepatite C, osteoporose, hiperprolactinemia, obesidade, tabagismo, uso de álcool e de outras substâncias e efeitos colaterais dos psicofármacos (Banzato; Dalgalarrodo, 2017).

Portanto, o exame físico do paciente com transtorno mental é muito importante. Ele não difere, em essência, daquele que deve ser feito em indivíduos sem patologias mentais. Entretanto, deve-se ressaltar que, apesar desse aumento na frequência de doenças físicas em pessoas com TMG, as patologias físicas são **subdiagnosticadas**, não sendo adequadamente reconhecidas e tratadas nesses pacientes. Algumas das causas dessas falhas são:

- O clínico geral (o médico não psiquiatra, de forma geral) tende a não examinar adequadamente o paciente com TMG, pois ele não é “seu paciente”, é “paciente apenas do psiquiatra ou do psicólogo”.
- O psiquiatra não realiza o exame físico do indivíduo, pois não se considera “médico do corpo”, mas “especialista da mente” ou “médico exclusivamente do psiquismo”.
- Os pacientes com TMG têm dificuldades em acessar os serviços gerais de saúde. Estas podem decorrer de desorganização comportamental, dificuldades cognitivas ou inibição em decorrência de sintomas mentais (como ideias paranoides, depressão, baixa autoestima), assim como desgaste da família e conseqüente descuido com a saúde do familiar com TMG.
- Os pacientes com TMG podem ter dificuldades em comunicar objetivamente suas queixas somáticas.
- Os indivíduos com TMG podem não ser adequadamente ouvidos pelos médicos em geral, pois o estigma de “louco”, de “doente mental” ou de “paciente psiquiátrico” às vezes, infelizmente, invalida suas queixas somáticas para quem as ouve.
- Há considerável preconceito contra pessoas com TMG em muitos serviços de saúde geral e de especialidades médicas, impedindo que essas pessoas recebam os cuidados devidos em saúde física.

O exame físico do paciente com transtornos mentais, diferentemente do que alguns supõem, quando realizado de forma adequada, pode ser um excelente instrumento de aproximação afetiva, principalmente com indivíduos muito regredidos, inseguros e mesmo psicóticos. Ser examinado respeitosamente pelo médico, pode, inclusive, transmitir segurança e confiança a muitos pacientes. O médico deve saber lidar (ou, pelo menos, buscar aprender a lidar) com possíveis aspectos paranoides e eróticos que, eventualmente, podem emergir em alguns indivíduos quando “tocados” e “apalpados” por seus médicos.

Assim, ao tratar qualquer pessoa com transtorno mental, sobretudo grave, é preciso lembrar da possibilidade de doenças físicas. Tais pacientes devem ser examinados do ponto de vista somático, além da anamnese e exame físico, por meio da semiologia armada (exames laboratoriais e de imagem).

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

A avaliação neurológica do paciente com transtorno mental é, de modo geral, semelhante à da clientela em geral. Alguns pontos, entretanto, devem ser aqui lembrados:

1. A avaliação neurológica depende de **anamnese** bem colhida e de **exame neurológico** objetivo, que, bem realizado, visa identificar topograficamente uma possível lesão ou disfunção no sistema nervoso central e/ou periférico. Deve-se lembrar, entretanto, de que muitas afecções neuronais, responsáveis por quadros neuropsiquiátricos, embora presentes e clinicamente significativas, não produzem sintomas localizatórios. Em muitos casos, ainda que haja lesão ou disfunção neurológica, não se identifica um sintoma ou sinal que indique lesão com topografia cerebral localizável.
2. A avaliação neurológica baseia-se sobretudo no **exame neurológico**. Neste, a presença de sinais neurológicos claramente patológicos (como o sinal de Babinski na síndrome piramidal) e as assimetrias são aspectos muito relevantes. O médico sempre deve estar atento à assimetria da força muscular nos membros, dos reflexos miotáticos profundos e musculocutâneos superficiais.

Igualmente, deve pesquisar, de forma cuidadosa, as diversas alterações sensitivas (tátil, dolorosa, vibratória, térmica, etc.).

3. De particular importância em neuropsiquiatria são alguns **sinais e reflexos neurológicos**, ditos **primitivos**, indicadores de lesão cerebral cortical difusa, encefalopatia ou lesões corticais frontais difusas sem que haja, necessariamente, outros sinais localizatórios. São os seguintes os reflexos primitivos:

- **Reflexo de preensão** (*grasping ou grasp reflex*). É a resposta de flexão dos dedos evocada pelo contato rápido de um objeto (uma espátula ou o dedo indicador do examinador) com a região palmar (ou plantar) do paciente, respondendo este com um movimento involuntário de preensão. O *grasping* é considerado uma manifestação motora primitiva, pois é observado em recém-nascidos e lactentes. Em adultos, o reflexo de preensão tem importante valor diagnóstico: sendo bilateral, é muito sugestivo de lesão ou disfunção frontal ou de sofrimento cerebral difuso (encefalopatias); sendo unilateral, localiza a lesão na área 6 de Broadman contralateral. O *grasping* é o mais significativo dos reflexos primitivos.
- **Reflexo de sucção**. Trata-se de uma resposta primitiva à estimulação da região perioral com uma espátula, na qual há protusão dos lábios, desvio para o lado estimulado e movimentos de sucção. Esse reflexo pode ocorrer em lesões frontais (mas também em encefalopatias difusas).
- **Reflexo orbicular dos lábios**. A percussão da área acima do lábio superior, na linha média, pode produzir a projeção reflexa dos lábios para a frente. A compressão dessa área pode desencadear uma clara projeção dos lábios, como se o indivíduo fizesse um bico ou focinho (*snout reflex*, ou reflexo do focinho). Embora menos específico que o *grasping* e o reflexo de sucção, o reflexo orbicular dos lábios e o *snout reflex* podem ser indicativos de dano cerebral difuso.
- **Reflexo palmomentual**. Pelo estímulo cutâneo da eminência tenar da mão, pode-se observar no queixo do paciente a contração do pequeno músculo do mento ipsilateral e sua elevação e, eventualmente, a elevação do lábio inferior ipsilateral à mão estimulada. Esse reflexo pode ser observado em idosos, em indivíduos com lesões piramidais e em quadros encefalopáticos difusos.

Para uma revisão sobre o exame neurológico, sugerem-se, por seu aspecto didático, os excelentes livros *Propedêutica neurológica básica*, de Sanvito (2000); *A neurologia que todo médico deve saber*, de Nitrini e Bacheschi (2015); e *Semiologia neurológica*, de Martins Jr. e colaboradores (2017). Um texto mais antigo, mas um clássico muito recomendado, é *DeJong's The Neurologic Examination*, de Haerer (1992).

O exame neuropsicológico é considerado parte importante da avaliação psicopatológica, tanto em psiquiatria como em psicologia clínica e em neurologia (**Quadro 8.1**). Nesse sentido, indica-se o livro clássico da área, de autoria de Lezak e colaboradores (2012).

Quadro 8.1 Exame neurológico
Fácies, atitude, marcha, equilíbrio
Nervos cranianos II, III, IV e VI (campo visual, reflexos pupilares, motilidade ocular; V: mastigação; VII: músculos (mm.) da mímica, XI: mm. pescoço e ombros; e XII: musculatura da língua)
Tônus e força muscular (grau 0 = paralisia; 1 = contração muscular sem deslocamento; 2 = contração muscular sem oposição da gravidade; 3 = contração muscular contra a gravidade; 4 = capaz de vencer resistência; 5 = normal)
Reflexos miotáticos (axiais da face, membros superiores e inferiores) e reflexos musculocutâneos
Sistema sensitivo-somático (superficial: tato, dor, temperatura; profundo: sensibilidade vibratória, pressão, cinético-postural); funções cerebelares (marcha, equilíbrio, coordenação)
Movimentos involuntários (tremores, tiques, fasciculações, mioclonias, coreia, atetose, balismo, etc.)

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA: O PSICODIAGNÓSTICO

A área desenvolvida pela psicologia clínica, denominada “psicodiagnóstico”, representa, de fato, um importante meio de auxílio ao diagnóstico psicopatológico. Embora haja contribuições dessa área a quase todos os aspectos da psicopatologia, os testes de personalidade, inteligência, cognição social, atenção e memória, além dos rastreamentos (*screening*) para “organicidade”, são os mais utilizados na prática clínica diária (para revisão de testes psicológicos sobre personalidade, inteligência e cognição social, ver os capítulos respectivos).

Sempre que possível, a avaliação psicológica com os melhores instrumentos disponíveis para o psicodiagnóstico e feita por profissionais bem capacitados deve ser um fundamental complemento à avaliação clínica psicopatológica.

EXAMES COMPLEMENTARES

Os exames complementares laboratoriais, neurofisiológicos e de neuroimagem também são um auxílio fundamental ao diagnóstico psicopatológico, particularmente na detecção de disfunções e patologias neurológicas e sistêmicas que produzem síndromes e sintomas psiquiátricos (ver revisão em Dalgalarrodo; Jacques de Moraes, 2004).

Os exames laboratoriais de sangue, urina e fezes, assim como as biópsias e as diferentes avaliações da patologia clínica, devem ser sempre utilizados de acordo com a boa prática médica geral. São de particular importância na prática clínica diária, pela frequência com que as alterações correspondentes são encontradas: hemograma completo, glicemia, hormônio tireoestimulante (TSH), creatinina, dosagem de vitamina B12 e vitamina D e sorologias para lues, hepatites e HIV/aids.

A avaliação do líquido cerebrospinal é um exame relativamente barato e que fornece muitas vezes informações valiosas ao profissional (em encefalites, doenças inflamatórias, neoplasias, infecções do sistema nervoso central [SNC], etc.), mas que, infelizmente, é com frequência negligenciado na psiquiatria. O eletrencefalograma (EEG), por sua vez, é bastante útil no diagnóstico diferencial dos quadros confusionais agudos (*delirium*), na classificação das diferentes formas de epilepsia e como parte da avaliação dos transtornos do sono (polissonografia).

Já os exames de neuroimagem estrutural e funcional (tomografia computadorizada, ressonância magnética estrutural e funcional e perfusão sanguínea cerebral por meio de tomografia computadorizada por emissão de fóton único [SPECT]) são instrumentos sofisticados de grande auxílio para o diagnóstico diferencial em psicopatologia (para orientação em neuroanatomia para avaliação de neuroimagem, ver Arantes, 2007), tendo sido incorporados à prática psiquiátrica diária (Erhart et al., 2005). Não é do escopo deste livro, entretanto, apresentar em detalhes as indicações e as alterações encontradas nesses exames; para isso, há bons textos de neurologia geral e obras especializadas em neurorradiologia.



9. A entrevista com o paciente

Não sei, não sei. Não devia de estar lembrando isto, contando assim o sombrio das coisas. Lenga-lenga! Não devia de. O senhor é de fora, meu amigo mas meu estranho. Mas, talvez por isto mesmo. Falar com o estranho assim, que bem ouve e logo longe se vai embora, é um segundo proveito: faz do jeito que eu falasse mais mesmo comigo.

João Guimarães Rosa

O psiquiatra norte-americano Harry Stack Sullivan (1983) afirmava que o domínio da técnica de realizar entrevistas é o que qualifica especificamente o profissional habilidoso. Nesse sentido, por exemplo, o autor define o psiquiatra (poderia ser um psicólogo clínico ou enfermeiro em saúde mental) como “um perito do campo das relações interpessoais”, ou seja, um profissional especialmente hábil em realizar entrevistas que sejam de fato úteis, pelas informações que fornecem e pelos efeitos terapêuticos que exercem sobre os pacientes.

Assim, a técnica e a habilidade em realizar entrevistas são atributos fundamentais e insubstituíveis do profissional da saúde em geral e da saúde mental em particular. Tal habilidade é, em parte, aprendida e, em parte, intuitiva, atributo da personalidade do profissional, de sua sensibilidade nas relações pessoais. É a respeito dos aspectos passíveis de serem desenvolvidos, aprendidos, corrigidos e aprofundados que trata este capítulo.

Cabe lembrar que há livros muito bons e específicos sobre a entrevista em saúde mental, como as obras detalhadas de Mackinnon e Michels (2008), de Othmer e Othmer (1994) e de Shea (1998), que descrevem a dinâmica da entrevista de forma direcionada para vários tipos de pacientes. O pequeno livro de Carlat (2007) é um texto enxuto, embora bastante didático e prático. A obra de James Morrison (2010), *Entrevista inicial em saúde mental*, é muito bem feita e útil. Sobre o desenvolvimento de habilidades de comunicação na entrevista, recomenda-se, de Pendleton e colaboradores, *A nova consulta* (2011).

De início, pode-se afirmar que a habilidade do entrevistador se revela pelas perguntas que formula, por aquelas que evita formular e pela decisão de quando e como falar ou apenas calar. Também é atributo essencial do entrevistador a capacidade de estabelecer uma relação ao mesmo tempo empática e tecnicamente útil para a prática clínica.

É fundamental que o profissional possa estar em condições de acolher o paciente em seu sofrimento, de ouvi-lo realmente, escutando-o em suas dificuldades e idiossincrasias. Além de paciência e respeito, o profissional necessita de certa têmpera e habilidade para estabelecer limites aos pacientes invasivos ou agressivos e, assim, proteger-se e assegurar o contexto da entrevista (*setting*). Às vezes, uma

entrevista bem conduzida é aquela na qual o profissional fala muito pouco e ouve pacientemente o enfermo. Outras vezes, o paciente e a situação “exigem” que o entrevistador seja mais ativo, mais participante, falando mais, fazendo muitas perguntas, intervindo mais frequentemente. Isso varia muito em função:

1. Do **paciente**, de sua **personalidade**, de seu **estado mental** e emocional no momento, de suas capacidades cognitivas, etc. Às vezes, o entrevistador precisa ouvir muito, pois o indivíduo “precisa muito falar, desabafar, descrever seu sofrimento para alguém que o ouça com atenção e respeito”; outras vezes, o entrevistador deve falar mais para que o paciente não se sinta muito tenso ou retraído.
2. Do **contexto institucional** da entrevista (caso a entrevista se realize em pronto-socorro, enfermaria, ambulatório, centro de saúde, Centro de Atenção Psicossocial [CAPS], consultório particular, consultório de rua, etc.).
3. Dos **objetivos da entrevista** (diagnóstico clínico; estabelecimento de vínculo terapêutico inicial; entrevista para psicoterapia, tratamento farmacológico, orientação familiar, conjugal, pesquisa, finalidades forenses, trabalhistas; etc.).
4. E, por fim, mas não menos importante, da **personalidade do entrevistador**. Alguns profissionais são ótimos entrevistadores, falam muito pouco durante a entrevista, sendo discretos e introvertidos; outros só conseguem trabalhar bem e realizar boas entrevistas sendo espontaneamente falantes e extrovertidos.

Deve-se ressaltar que, de modo geral, algumas atitudes são, na maior parte das vezes, inadequadas e improdutivas, devendo o profissional, **sempre que possível, evitar**:

1. **Posturas rígidas**, estereotipadas, fórmulas que o profissional acha que funcionaram bem com alguns pacientes e, portanto, devem funcionar com todos. Assim, ele deve buscar uma atitude flexível, que seja adequada à personalidade do doente, aos sintomas que apresenta no momento, a sua bagagem cultural, aos seus valores e a sua linguagem.
2. **Atitude excessivamente neutra ou fria**, que, muito frequentemente, em nossa cultura, transmite ao paciente sensação de distância e desprezo.
3. **Reações exageradamente emotivas** ou artificialmente calorosas, que produzem, na maioria das vezes, uma falsa intimidade. Uma atitude receptiva e calorosa, mas discreta, de respeito e consideração pelo paciente, é o ideal para a primeira entrevista. Criar um clima de confiança para que a história do doente surja em sua plenitude tem grande utilidade tanto diagnóstica como terapêutica.
4. Comentários valorativos ou **juulgamentos** sobre o que o paciente relata ou apresenta.
5. **Reações emocionais intensas de pena ou compaixão**. O paciente desesperadamente transtornado, aos prantos, em uma situação existencial dramática, beneficia-se mais de um profissional que acolhe tal sofrimento de forma empática, mas discreta, que de um profissional que se desespera junto com ele.
6. **Responder com hostilidade ou agressão** às investidas hostis ou agressivas de alguns pacientes. O profissional deve se esforçar por demonstrar serenidade e firmeza diante de um doente agressivo ou muito hostil. Também deve ficar claro que, na entrevista, há limites. O clínico procura responder, ao paciente que eleva a voz e se exalta, sempre em voz mais baixa que a dele. Em algumas situações, apesar de não revidar às agressões, o profissional deve mostrar ao paciente que ele está sendo inadequadamente hostil e que não será aceita agressão física ou verbal exagerada. Querelas e discussões acirradas costumam ser inúteis no contato com os pacientes.
7. **Entrevistas excessivamente prolixas**, nas quais o paciente fala, fala, fala, mas, no fundo, não diz nada de substancial sobre seu sofrimento. Fala, às vezes, para se esconder, para dissuadir a si mesmo e ao entrevistador. Nesse sentido, o profissional deve ter a habilidade de conduzir a entrevista para termos e pontos mais significativos, interrompendo o discurso do paciente quando julgar necessário.
8. **Fazer muitas anotações** durante a entrevista, pois, em alguns casos, isso pode transmitir ao paciente que as anotações são mais importantes que a própria entrevista (o profissional precisa observar se o indivíduo se sente incomodado quando se tomam notas).

Dificuldades comuns nas entrevistas realizadas em serviços públicos incluem falta de tempo dos profissionais, excesso de trabalho, estresse e condições físicas (arquitetônicas) de atendimento precárias.

Assim, muitas vezes, o profissional da saúde está impaciente para ouvir pessoas com queixas pouco precisas (os chamados *poliqueixosos*), rejeita aqueles pacientes que informam de forma vaga ou que estão muito desorganizados psiquicamente, etc. Entretanto, no atendimento em saúde, a paciência do entrevistador é fundamental.

Às vezes, o profissional dispõe de não mais que 5 ou 10 minutos (p. ex., no pronto-socorro ou em um ambulatório repleto de pacientes à espera), mas, se, nesse pouco tempo, puder ouvir e examinar o indivíduo com paciência e respeito, criando uma atmosfera de confiança e empatia, mesmo com as restrições de tempo, isso poderá propiciar o início de um trabalho de boa qualidade. Muitas vezes, **não é a quantidade de tempo** com o paciente que mais conta, mas **a qualidade da atenção** que o profissional consegue lhe oferecer.

Assim, o entrevistador, ao entrar em contato com cada novo paciente, deve preparar seu espírito para encarar o desafio de conhecer essa nova pessoa, formular um diagnóstico e entender, quando possível, algo do que realmente se passa em seu mundo interior e nas suas relações interpessoais. Aqui, a paciência é um dos elementos mais fundamentais.

Não é possível saber quantas entrevistas e quanto tempo serão necessários para conhecer adequadamente o paciente. A experiência e a atitude do profissional, curiosa, atenta e receptiva, determinam o quão profundo e abrangente será o conhecimento extraído das entrevistas. O **Quadro 9.1** apresenta as três regras “de ouro” da entrevista em saúde mental.

Quadro 9.1 As três regras “de ouro” da entrevista em saúde mental	
1.	Pacientes organizados (mentalmente), com inteligência normal, com escolaridade boa ou razoável, fora de um “estado psicótico”, devem ser entrevistados de forma mais aberta , permitindo que falem e se expressem de maneira mais fluente e espontânea. O entrevistador fala pouco, fazendo algumas pontuações para que o indivíduo “conte a sua história”.
2.	Pacientes desorganizados , com nível intelectual baixo , em estado psicótico ou paranoide , “travados” por alto nível de ansiedade , devem ser entrevistados de forma mais estruturada . Nesse caso, o entrevistador fala mais, faz perguntas mais simples e dirigidas (perguntas fáceis de serem compreendidas e respondidas).
3.	Nos primeiros contatos com pacientes muito tímidos, ansiosos ou paranoides , deve-se fazer primeiro perguntas neutras (nome, onde mora, profissão, estado civil, nome de familiares, etc.), para apenas então, gradativamente , começar a formular perguntas “mais quentes” (às vezes, constrangedoras para o indivíduo), como: <i>Qual o seu problema?</i> , <i>Por que foi trazido ao hospital?</i> , <i>O que aconteceu para que você agredisse seus familiares?</i> , etc. Vale a sabedoria popular que diz: “O mingau quente se come pela beirada”.

A(S) PRIMEIRA(S) ENTREVISTA(S)

A **entrevista inicial** é considerada um **momento crucial** no diagnóstico e no tratamento em saúde mental. Esse primeiro contato, sendo bem conduzido, deve produzir no paciente uma sensação de confiança e de esperança em relação ao alívio do sofrimento. Entrevistas iniciais desencontradas, desastrosas, nas quais o profissional é, involuntariamente ou não, negligente ou hostil para com o paciente, em geral, são seguidas de abandono do tratamento.

Logo no início, o **olhar** e, com ele, toda a **comunicação não verbal** já têm sua importância: é o centro da comunicação, que inclui toda a carga emocional do ver e ser visto, do gesto, da postura, das vestimentas, do modo de sorrir ou expressar sofrimento. Mayer-Gross, Slater e Roth (1976) assinalam, nesse sentido, que “A primeira impressão tem o seu valor próprio e dificilmente poderá ser recapturada em ocasiões posteriores [...]”. E prosseguem:

[...] com maior frequência, essa impressão é correta, mesmo que desapareça aos poucos ou passe a ser considerada como enganosa, quando a atenção estiver voltada para os detalhes, as ideias e as informações fornecidas pelo paciente. (p. 44).

O profissional se apresenta ao paciente

Logo no início da entrevista, é conveniente que o profissional se apresente, dizendo seu **nome**, se necessário, sua **profissão** e especialidade e, se for o caso, a **razão da entrevista**. A **confidencialidade**, a **privacidade** e o **sigilo** poderão ser explicitamente garantidos caso se note o paciente tímido ou desconfiado ou se o contexto da entrevista assim o exigir. Para isso, em alguns casos, é importante que o **profissional garanta explicitamente** o que segue:

1. A entrevista e o tratamento ocorrerão com **sigilo e discrição**. O profissional esclarece ao paciente (e aos familiares, quando necessário) que aquilo que for relatado durante as entrevistas não será

revelado a ninguém. Caso isso se faça necessário por exigência do próprio tratamento (encaminhamento a outro profissional, carta a alguma instituição, informação à família para proteger o paciente, etc.), só será feito após consulta e anuência do entrevistado. O sigilo poderá ser rompido somente no caso de ideias, planos ou atos gravemente auto ou heterodestrutivos.

2. Em qualquer caso, é preciso ressaltar a **necessidade de colaboração mútua** entre o profissional e o paciente. Ambos devem trabalhar ativamente para que o processo terapêutico tenha bons resultados.

Na **primeira entrevista**, o profissional deve inicialmente colher os **dados sociodemográficos básicos**, como nome, idade, data de nascimento, naturalidade e procedência, estado civil, com quem reside, profissão, atividade profissional, religião, etc. Após tais informações, que de fato **situam quem é o paciente** que chega ao serviço de saúde, deve-se solicitar que o indivíduo relate a queixa básica, o sofrimento, a dificuldade ou o conflito que o traz à consulta.

Esse primeiro relato deve ocorrer de forma predominantemente livre, para que o paciente expresse de forma espontânea seus sintomas e sinais. O profissional ouve o relato e observa, além do conteúdo daquilo que o indivíduo conta, como esse relato é feito, o **“estilo do paciente”**, sua aparência e suas atitudes básicas. O entrevistador deve, nesse momento, muito mais ouvir que falar. Suas intervenções objetivam facilitar o prosseguimento da fala do entrevistado. O psiquiatra espanhol Vallejo Nágera (1944, p. 8) aconselhava ao jovem profissional: *El explorador hablará poco y dejará que hable mucho el enfermo; la regla más importante del interrogatorio es que el alienista hable muy poco, para que sea locuaz el alienado.*

Cabe lembrar, entretanto, que, embora a atitude básica do entrevistador na fase inicial da avaliação seja de escuta, isso não significa colocar-se em posição totalmente passiva. Bem ao contrário, pois, como enfatizado por Sullivan (1983), os dados essenciais da clínica psicopatológica emergem basicamente de uma **observação participativa**, da interação intensa entre paciente e profissional. Nesse sentido, Sullivan (1983, p. 33) afirmava que:

o entrevistador desempenha um papel muito ativo na introdução de interrogações, não para mostrar que é inteligente ou cético, mas literalmente para ter certeza que ele sabe o que está sendo dito. [...] Quase toda vez que se pergunta, “Bem, você quer dizer assim e assado?”, o paciente é um pouco mais claro sobre o que ele quer dizer...

O entrevistador deve lembrar que, nas fases mais iniciais da entrevista, o paciente pode estar muito ansioso e usar manobras e mecanismos defensivos como riso, silêncio, perguntas inadequadas, comentários circunstanciais sobre o profissional, etc. Por exemplo: “O senhor é jovem, não?”; ou “O senhor é casado, tem filhos?”; ou, ainda, “Por que será que todo psiquiatra é tão sério (ou tem barba, etc.)...?”. São estratégias involuntárias ou propositais que podem estar sendo utilizadas para que o paciente evite falar de si, de seu sofrimento, de suas dificuldades. O profissional deve lidar com tais manobras, lembrando polidamente o indivíduo de que a entrevista tem por finalidade identificar seu problema para, assim, poder melhor ajudá-lo. Ele também deve deixar claro para o paciente que a pessoa do entrevistador não é o tema da entrevista.

Nos primeiros encontros, o entrevistador deve evitar pausas e silêncios prolongados, que possam aumentar muito o nível de ansiedade do paciente e deixar a entrevista muito tensa e improdutiva.

Alguns procedimentos podem facilitar a entrevista no momento em que o entrevistador **lida com o silêncio do paciente**:

1. O profissional deve fazer **perguntas e colocações breves** que assinalem sua **presença efetiva** e mostrem ao paciente que ele está **atento e tranquilo** para ouvi-lo.
2. O entrevistador deve evitar perguntas muito direcionadas, fechadas, que possam ser respondidas com um sim ou um não categóricos; também deve **evitar perguntas muito longas e complexas**, difíceis de serem compreendidas pelo paciente.
3. É sempre melhor fazer intervenções do tipo “Como foi isso?”, “Explique melhor”, “Conte um pouco mais sobre isso”, do que questões como “Por quê?” ou “Qual a causa?”. Estas últimas estimulam o paciente a *fechar* e encerrar sua fala.
4. O entrevistador deve buscar para cada paciente em particular o tipo de intervenção que *facilite a continuidade de sua fala*.

Mesmo realizando entrevistas abertas, nos primeiros encontros, o profissional deve **ter a estrutura da entrevista em sua mente**, permitindo ao mesmo tempo que o paciente conte sua própria versão.

Falar de forma livre permite que o entrevistador avalie melhor a personalidade e, por vezes, alguns conflitos do paciente. A fala livre também tem frequentemente uma dimensão catártica, de “desabafo”, que pode ser muito útil e servir de alívio para o doente.

À medida que o relato feito pelo indivíduo progride, ele vai sendo “encaixado” em determinada estrutura de história, que está na mente do entrevistador. Surgirão lacunas nessa história, que saltarão à mente do profissional. Após a fase de exposição livre, ele fará as perguntas que faltam para completar e esclarecer os pontos importantes da história e da anamnese de modo geral.

A duração e o número de entrevistas iniciais, com fins diagnósticos e de planejamento terapêutico, não são fixos, dependendo do contexto institucional onde se dá a prática profissional, da complexidade e da gravidade do caso e da habilidade do entrevistador.

Transferência e contratransferência

O conceito de transferência, introduzido por Freud, é um elemento fundamental que o profissional deve conhecer para realizar as entrevistas de forma mais habilidosa, entendendo e tratando seus pacientes de modo menos ingênuo, mais profundo e sensível.

A **transferência** compreende atitudes, percepções, pensamentos e sentimentos cuja origem é basicamente **inconsciente** para o indivíduo. Inclui tanto sentimentos positivos (como confiança, amor e carinho) quanto negativos (como raiva, hostilidade, inveja, etc.). Esses sentimentos são uma repetição inconsciente do passado; o analista (ou médico, psicólogo, profissional da saúde, etc.) passa a ocupar, no presente, o lugar que o pai ou a mãe ocupavam no passado. O paciente não se dá conta, dizia Freud ([1926]/1986), da natureza de tais sentimentos, e os considera como novas experiências reais, em vez de identificar o que realmente são, ou seja, *reflexos, repetições de sentimentos do passado*. O próprio Freud ([1926] /1986, p. 85) assim descreveu a transferência:

Eles desenvolvem com seu médico relações emocionais, tanto de caráter afetuoso como hostil, que não se baseiam na situação real, sendo antes derivadas de suas relações com os pais (o complexo de Édipo). A transferência é a prova de que os adultos não superaram sua dependência infantil.

Assim, para Dewald (1981), a transferência é uma forma de deslocamento que dirige para um objeto presente todos aqueles impulsos, defesas, atitudes, sentimentos e respostas que o indivíduo experimentou e desenvolveu no relacionamento com os primeiros objetos de sua vida.

Segundo Jung (1999), a transferência não é mais que o processo comum de projeção: o paciente tende a projetar inconscientemente no profissional os afetos básicos que nutria (e nutre) pelas figuras significativas de sua vida. Trata-se, então, de um fenômeno geral, não apenas exclusivo da relação analítica. Para Jung, pode-se observar a transferência sempre que uma relação íntima entre duas pessoas se estabelece. O paciente projeta inconscientemente, no profissional da saúde, os sentimentos primordiais que nutria por seus pais na infância. Sente seu médico atual como o pai poderoso e onipotente (ou cruel e autoritário) da infância, ou a enfermeira como a mãe carinhosa e preocupada (ou omissa e negligente) de seus primeiros anos.

A **contratransferência** é, em certo sentido, a transferência que o clínico estabelece com seus pacientes. Da mesma forma que o paciente, o profissional da saúde projeta inconscientemente, no paciente, sentimentos que nutria no passado por pessoas significativas de sua vida. Sem saber por que, este ou aquele indivíduo desperta no clínico sentimentos de raiva, medo, piedade, carinho, repulsa, etc. Ao identificar tais reações contratransferenciais e conscientizar-se de que elas têm a ver com seus próprios conflitos, o profissional poderá lidar de forma mais racional e objetiva com o que está ocorrendo na relação com o paciente.

A avaliação psicopatológica como um todo: anamnese, exame psíquico, exames somáticos e exames complementares

1. Na **entrevista inicial**, realiza-se a **anamnese**, ou seja, o recolhimento de todos os dados necessários para um diagnóstico pluridimensional do paciente, o que inclui os dados sociodemográficos, a queixa ou o problema principal e a história dessa queixa, os antecedentes mórbidos somáticos e psíquicos pessoais, da pessoa. A anamnese contém, ainda, os hábitos e o uso de substâncias químicas, os antecedentes mórbidos familiares, a história de vida do indivíduo, englobando as várias etapas do desenvolvimento somático, neurológico, psicológico e psicossocial, e, por fim, a avaliação das interações familiares e sociais do paciente.
2. O **exame psíquico** é o *exame do estado mental atual*, realizado com cuidado e minúcia pelo entrevistador desde o início da entrevista até a fase final, quando são feitas outras perguntas.

Detalhes do exame psíquico serão desenvolvidos na próxima parte deste livro. O **Quadro 9.2** apresenta um resumo do exame psíquico do paciente.

Quadro 9.2 | Resumo do exame do estado mental do paciente: o exame psíquico

Verifica-se o estado mental atual e nos dias anteriores à consulta (geralmente última semana ou último mês; utilizar, de preferência, as palavras do indivíduo).

1. Aspecto geral e comunicação não verbal: cuidado pessoal, higiene, trajes, postura, mímica, atitude global do paciente
2. Nível de consciência
3. Orientação alo e autopsíquica
4. Atenção
5. Memória (fixação e evocação)
6. Sensopercepção
7. Pensamento (curso, forma e conteúdo)
8. Linguagem
9. Inteligência
10. Juízo de realidade (presença de delírios, ideias prevalentes, etc.)
11. Vida afetiva (estado de humor basal, emoções e sentimentos predominantes)
12. Volição
13. Psicomotricidade
14. Consciência e valoração do Eu
15. Vivência do tempo e do espaço
16. Personalidade
17. Descrever sentimentos contratransferenciais
18. Crítica em relação a sintomas e *insight*
19. Desejo de ajuda

3. O **exame físico geral e neurológico** deve ser mais ou menos detalhado a partir das hipóteses diagnósticas que se formam com os dados da anamnese e do exame do estado mental do paciente. Caso o profissional suspeite de doença física, deverá examinar o indivíduo somaticamente em detalhes; caso suspeite de transtorno neurológico ou neuropsiquiátrico, o exame neurológico deverá ser completo e detalhado. De qualquer forma, é conveniente que todos os pacientes passem por uma avaliação somática geral e neurológica sumária, mas bem feita.
4. **Avaliação psicológica/psicodiagnóstico e avaliação neuropsicológica:** aquelas feitas por meio de testes da personalidade, da inteligência, da atenção, da memória, etc.
5. **Exames complementares** (*semiotécnica armada*): exames laboratoriais (p. ex., exame bioquímico, citológico e imunológico do líquido cefalorraquidiano, hemograma, eletrólitos, TSH, dosagem de vitaminas B12 e D, metabólitos, hormônios, etc.), de neuroimagem (tomografia computadorizada

do cérebro, ressonância magnética do cérebro, tomografia computadorizada por emissão de fóton único [SPECT], etc.) e neurofisiológicos (eletrencefalograma [EEG], potenciais evocados, etc.).

Alguns pontos adicionais sobre a anamnese em psicopatologia

Na anamnese, o entrevistador se interessa tanto pelos **sintomas objetivos** como pela **vivência subjetiva do paciente** em relação àqueles sintomas, pela **cronologia dos fenômenos** e pelos dados pessoais e familiares. Além disso, o profissional permanece atento às **reações do paciente ao fazer seus relatos**. Realiza, assim, *parte do exame psíquico e da avaliação do estado mental atual durante a coleta da história* (anamnese).

Em alguns casos, o indivíduo consegue formular com certa clareza e precisão a **queixa principal**, que, ao entrevistador, parece **consistente e central no sofrimento do paciente** e para seu diagnóstico. Isso pode ajudar o clínico a limitar o “campo de procura” a ser investigado. Muitas vezes, entretanto, a pessoa não tem qualquer queixa a fazer; ou simplesmente **não tem crítica ou insight** de sua situação, de seu sofrimento. Outras vezes, ainda recusa-se defensivamente a admitir que tenha um problema mental, comportamental, emocional ou psicológico e que esteja sofrendo por ele (isso ocorre mais frequentemente em pacientes do sexo masculino). Sobre isso, Mayer-Gross, Slater e Roth (1976, p. 38) esclarecem:

Nenhum homem é capaz de avaliar devidamente sua própria personalidade posto que está ele mesmo dentro de suas próprias fronteiras – tal como nossos astrônomos não são capazes de ver a forma da galáxia na qual se move o sistema solar.

Entrevista e dados fornecidos por um “informante”

Muitas vezes, para a avaliação adequada do indivíduo, faz-se necessária a informação de familiares, amigos, conhecidos e outros. Os dados fornecidos pelo “informante” também padecem de certo subjetivismo, que o entrevistador deve levar em conta. A mãe, o pai ou o cônjuge do paciente, por exemplo, têm *sua visão* do caso, e não *a visão* (correta e absoluta) do caso. De qualquer forma, muitas vezes, as informações fornecidas pelos acompanhantes podem revelar dados mais confiáveis, claros e significativos.

Cabe a quem está avaliando o paciente decidir quem é o informante mais confiável, de quem vêm as informações mais seguras e úteis para a história e o trabalho clínico. Nessa linha, é preciso muitas vezes decidir qual das versões sobre a história do paciente é a mais correta, a mais afiançada. Para isso, lançamos mão da coerência da história, da plausibilidade do relatado e também da forma como os dados são relatados. Essa decisão é fundamental e nem sempre é tarefa simples e fácil.

Pacientes com quadro demencial, déficit cognitivo, em estado psicótico grave e em mutismo geralmente não conseguem informar dados sobre sua história, sendo, nesses casos, fundamental a contribuição do acompanhante/informante.

Sobre a confiabilidade dos dados obtidos: simulação e dissimulação

O profissional com alguma experiência clínica em psicopatologia aprende prontamente que os dados obtidos em uma entrevista podem estar subestimados ou superestimados. Não é raro o paciente esconder deliberadamente um sintoma que vem apresentando, às vezes, de forma intensa, ou relatar um sintoma ou vivência que de fato não apresenta. O profissional deve exercer toda a sua habilidade para buscar diferenciar as informações verdadeiras, confiáveis e consistentes das falsas e inconsistentes.

Denomina-se **dissimulação** o ato de esconder ou negar voluntariamente a presença de sinais e sintomas psicopatológicos. Ao ser questionado se tem algum temor, se tem cismas ou se acredita que alguém queira prejudicá-lo, o paciente, mesmo tendo ideias de perseguição ou delírio, nega terminantemente experimentar tais vivências. Em geral, tal negativa ocorre por medo de ser internado, de receber medicamentos ou de ser rotulado como louco. O indivíduo, por exemplo, nega alucinações auditivas, mas cochicha frequentemente com um ser imaginário que ele percebe ao seu lado, ou seja, apesar de dissimular as alucinações para o profissional, revela indícios de sua presença por meio de comportamento que é incapaz de dissimular.

Já a **simulação** é a tentativa do paciente de criar, apresentar, como o faria um ator, voluntariamente, um sintoma, sinal ou vivência que de fato não tem (Turner, 1997). O sujeito diz ouvir vozes, estar profundamente deprimido ou ter fortes dores nas costas, tudo isso com o intuito de obter algo. Geralmente, o paciente que simula sintomas visa obter algum ganho com isso: dispensa do trabalho, aposentadoria, internação para não ser encontrado por traficantes de drogas, etc. Deve-se ressaltar que a simulação é, por definição, um ato voluntário e consciente, não se incluindo aqui os

sintomas psicogênicos (como paralisia conversiva) sem base orgânica, mas com suas raízes em processos e conflitos inconscientes.

Crítica do paciente e *insight* em relação a sintomas e transtornos

Em psicopatologia, um aspecto característico da clínica é que parte dos pacientes, apesar de apresentar sintomas graves que comprometem profundamente suas vidas, não os reconhece como tal (Lewis, 2004). Foi proposto que o *insight* não é um fenômeno categorial e unidimensional, mas inclui vários **níveis de intensidade e distintas dimensões** (Dantas; Banzato, 2004). Por exemplo, nessa linha, David (1990) afirma que o *insight*, longe de ser um fenômeno “tudo-ou-nada”, compreende vários níveis e é composto por **três componentes/implicações** (David, 1990):

- 1. Consciência de que tem um problema:** é a consciência de que algo não vai bem, que pode se estar doente, apresentando um transtorno mental ou uma alteração emocional patológica. Esse estágio pode ser dividido em dois: 1) consciência de que **tem um problema**, em geral, que algo vai mal; e 2) consciência de que tal problema pode ser um **transtorno mental**, algo diferente do normal, no sentido de estar doente, com alteração em sua saúde. Esses dois aspectos são fundamentais no processo de *insight* (pacientes em psicose aguda ou mania aguda quase nunca têm *insight*, muitas vezes nem reconhecem que têm algum problema; já aqueles fora do estado agudo costumam ter relativamente um pouco mais de *insight*).
- 2. Modo de nomear ou renomear os sintomas:** não é raro que pessoas com delírios, alucinações ou alterações marcantes do humor atribuam significados às suas experiências que diferem em maior ou menor grau das noções da psicopatologia, mas que são formas de significar suas mais íntimas experiências. Isso é considerado ausência de *insight*, embora possa ser considerado relativamente um tipo de *insight* em outro sistema de ideias. *O que tenho não é doença, transtorno mental, é influência do demônio, de espíritos, de coisas que fizeram contra mim, etc.*
- 3. Adesão a tratamentos propostos:** de modo geral, mas não sempre, pessoas que têm *insight* sobre sua condição psicopatológica aceitam seguir os tratamentos, inclusive o uso de psicofármacos. A ausência total de *insight*, de admitir que tem algum problema, que suas dificuldades são na área da saúde, relaciona-se frequentemente com a recusa de usar psicofármacos prescritos ou mesmo de seguir acompanhamento em serviço de saúde.

Em particular, pacientes graves, como psicóticos com esquizofrenia (Dantas; Banzato, 2007), aqueles com transtorno bipolar em quadro maníaco, alguns indivíduos que apresentam dependência química, deficiência intelectual, síndromes autísticas ou demências, apresentam graves prejuízos quanto ao *insight* (Antoine et al., 2004).

Perspectiva transversal versus longitudinal

A avaliação em psicopatologia apresenta uma dimensão longitudinal (histórica, temporal) e outra transversal (momentânea, atual) da vida do paciente. Ao se colher a dimensão longitudinal, deve-se buscar descrever relações temporais, cronológicas, de forma clara e compreensível, e observar como o indivíduo relata, sente e reage aos eventos passados. Sem essa dimensão, a dimensão transversal fica obscura e incompleta, sendo difícil sua devida apreciação. Assim, as relações temporais ficam perdidas.

Relato do caso por escrito

Ao término da entrevista e da avaliação do paciente, forma-se o esboço do caso na mente do entrevistador. O estado mental foi observado durante toda a coleta dos dados, surgindo, dessa forma, a síntese do estado mental do indivíduo para o profissional. O relato do caso por escrito deve conter, de preferência, as próprias palavras que o paciente e os informantes usaram ao descrever os sintomas mais relevantes. O uso de termos técnicos deve ser sóbrio e proporcional ao grau de conhecimento que o profissional obteve do caso. Já a caligrafia deve ser legível, e o estilo, claro, preciso, com frases e parágrafos curtos e diretos.

Deve-se **evitar terminologia** por demais **tecnicista**, que às vezes revela mais a insegurança do que conhecimento do profissional, o qual busca compensar, na linguagem psicopatológica rebuscada, os vácuos de sua ignorância sobre o caso, ou quer demonstrar de modo exibicionista sua erudição e seu saber médico. Além disso, o profissional deve **evitar a interpretação precoce dos dados**, seja ela psicológica, psicanalítica, seja ela sociológica ou biológica. Uma interpretação precoce, feita muitas vezes de modo apressado e excessivo pelo profissional que quer logo ver um sentido em tudo e estabelecer as causas, pode impedir que se enxergue o paciente que está a sua frente.

E preciso lembrar que, apesar de serem descritos fenômenos irracionais em uma história psicopatológica, muitas vezes relatando estados mentais e comportamentais marcadamente desorganizados e caóticos, **o relato em si deve ser organizado e coerente**, facilitando o estabelecimento de hipóteses diagnósticas e o planejamento terapêutico adequado. *O paciente tem o direito de ser confuso, contraditório, ilógico; já o profissional, ao relatar o caso, não.*

Além do aspecto médico e psicopatológico essencial, que é o diagnóstico clínico, a entrevista e seu relato devem fornecer uma compreensão suficientemente ampla da **personalidade do paciente**, da **dinâmica de sua família e de seu meio sociocultural**. A história clínica bem feita não serve apenas para a formulação diagnóstica, que é aspecto importante, mas está longe de ser o objetivo exclusivo da avaliação. O **diagnóstico clínico** deve ser considerado um **ponto de partida** (e não de chegada, que encerraria a compreensão do paciente), o qual deve ser enriquecido, confrontado e contrastado com o conjunto de aspectos singulares do indivíduo e sua vida em particular.

O relato escrito de um caso tem, além de **valor clínico** e médico, importante **valor legal**. É um documento que, sendo bem redigido, poderá ser decisivo em questões legais futuras, impensáveis no momento em que a avaliação está sendo feita.

No momento em que o entrevistador redige os dados que coletou, deve lembrar-se de que a **história clínica** deve ser **redigida** com uma **linguagem simples, precisa e compreensível**. O relato deve ser pormenorizado, mas não excessivamente prolixo, *detalhado naquilo que é essencial ao caso e conciso naquilo que é secundário*.

Não será enfocada aqui a entrevista de crianças e adolescentes. Um bom protocolo de avaliação psicopatológica desses grupos etários é o sugerido pela American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997). Também são recomendados os trabalhos de Shaffer, Lucas e Richters (1999), o livro de Rutter e Taylor (2002), assim como a obra acessível e didática de Goodman e Scott (2004) e o trabalho de Woerner e colaboradores (2004).

Avaliação inicial e perguntas introdutórias

1. Providenciar um **local com pelo menos o mínimo de privacidade e conforto** para a entrevista (no caso de pacientes muito irritados, potencialmente agressivos, evitar lugares trancados e de difícil acesso ou evasão).
2. **Apresentar-se** ao paciente e, então, explicar brevemente o **objetivo** da entrevista.
3. Buscando estabelecer um contato empático com o indivíduo, iniciar com as **perguntas gerais** sobre quem é ele: como se chama? Quantos anos tem? Qual seu estado civil? Tem filhos? Com quem mora? Até que ano foi à escola? Qual sua profissão? Em que trabalha? Qual sua religião? Prática?
4. **Qual o seu problema?** (Alternativa: O que o traz aqui? Como tem-se sentido? Tem alguma dificuldade? Sente que algo não vai bem? Está se sentindo doente?)
5. **Como começaram** seus problemas? Como tem passado nos últimos anos (meses ou semanas)?
6. **Quais os tratamentos** que fez até hoje? Quais foram os resultados desses tratamentos?
7. **De onde vêm** seus problemas? (Alternativa: **A que atribui os seus problemas?**)
8. Observar com atenção, desde o início da entrevista, postura, atitudes globais, roupas e acessórios, comportamentos não verbais e mímica; enfim, prestar atenção e descrever com detalhes a **aparência física, comunicação não verbal e aspectos psíquicos gerais** do paciente.
9. Verificar o impacto que o paciente causa no entrevistador, **os sentimentos** que a entrevista produz (pena, medo, curiosidade, chateação, confusão, dúvidas, tédio, irritação, etc.). Perguntar a si mesmo se o indivíduo é repulsivo ou atraente, simpático ou antipático, produz o desejo de ajudá-lo ou de não querer mais vê-lo, etc.
10. Lembrar-se de que é necessário, na entrevista, **utilizar linguagem e vocabulário compatíveis** com o **nível intelectual** do paciente, adequados ao seu **universo cultural** e aos seus valores morais e religiosos.
11. É conveniente utilizar **perguntas mais abertas** para os pacientes com bom **nível intelectual**. Já para aqueles com **déficit intelectual**, quadros **demenciais** ou muito **desestruturados**, empregar **perguntas mais fechadas, mais estruturadas**, que permitam respostas do tipo “sim” ou “não”. Para um guia de referência à história clínica do paciente, recomendo algumas fichas de história clínica disponíveis no **hotsite do livro**.

Entrevistas diagnósticas padronizadas em psicopatologia

Há uma série de entrevistas padronizadas organizadas principalmente para a realização de pesquisas, nas quais se deseja o máximo possível de confiabilidade nas avaliações.

De modo geral, na prática clínica, é melhor não se utilizar primordialmente de tais instrumentos, pois, para a obtenção da confiabilidade nos resultados (p. ex., o mesmo diagnóstico obtido por diferentes profissionais), utilizam-se, nos instrumentos padronizados, perguntas e sequências de questões previamente estabelecidas, produzindo certa rigidez na avaliação.

Para a prática clínica, é mais desejável que o profissional possa utilizar roteiros de avaliação mais flexíveis e variáveis de acordo com o paciente, em seu quadro clínico, *background* cultural, história de vida particular, personalidade e nível de inteligência específicos.

Um exemplo de instrumento padronizado de entrevista para diagnóstico psicopatológico é o **Mini International Neuropsychiatric Interview Plus** (M.I.N.I. Plus). Trata-se de uma entrevista diagnóstica padronizada breve, compatível com diretrizes do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV) e da *Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (CID-10). Sua vantagem é ter sido feita com perguntas-chave no início de cada capítulo que orientam a investigação mais aprofundada ou a mudança de capítulo. Isso faz dela uma entrevista diagnóstica mais rápida, sendo aplicada em cerca de 25 a 45 minutos. A versão brasileira foi validada (Amorim, 2000) e tem sido utilizada em pesquisas no Brasil. Entretanto, não há ainda uma versão para o DSM-5 e para a CID-11.

Além disso, há também o exame do estado mental **Present State Examination** (de Wing; Cooper; Sartorius, 1974) e aqueles desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS):

1. *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*;
2. *The Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)*, uma entrevista semiestruturada muito utilizada;
3. *The Structured Clinical Interview for DSM (SCID)* e sua versão adaptada para a prática clínica: *SCID-Clinical Version (SCID-CV)*, que inclui apenas os quadros mais frequentes nessa área.

Por fim, foi desenvolvido para uso clínico o **The Standard for Clinicians' Interview in Psychiatry (SCIP)**. O SCIP é um método de avaliação clínica psicopatológica bastante amplo, que tem três componentes: 1) a entrevista SCIP dimensional; 2) a avaliação do componente etiológico e 3) a classificação do transtorno.

A avaliação SCIP produz três tipos de dados clínicos: 1) a classificação diagnóstica do transtorno mental; 2) a avaliação e o escore dimensional (de dimensões como ansiedade, obsessões, compulsões, depressão, mania, suicidalidade, delírios, alucinações, desorganização, agitação, sintomas negativos, catatonia, dependência de álcool e outras substâncias, alterações de atenção e hiperatividade) e 3) dados quantitativos numéricos (da gravidade dos sintomas e sinais) (Aboraya et al., 2016). O quanto sabemos, não há tradução ou validação desse interessante instrumento para o português do Brasil.



10. Aspecto geral do paciente e comunicação não verbal

Os movimentos expressivos do rosto e do corpo, qualquer que seja sua origem, são por si mesmos muito importantes para o nosso bem-estar. Eles são o primeiro meio de comunicação entre a mãe e seu bebê: sorrindo, ela encoraja seu filho quando está no bom caminho; se não, ela franze o semblante em sinal de desaprovação. Nós facilmente percebemos simpatia nos outros por sua expressão; nossos sofrimentos são assim mitigados, e os prazeres, aumentados, o que reforça um sentimento mútuo positivo. Os movimentos expressivos conferem vivacidade e energia às nossas palavras. Eles revelam os pensamentos e as intenções alheias melhor do que as palavras, que podem ser falsas.

Charles Darwin

Em um trabalho importante sobre o diagnóstico em saúde mental, Sandifer, Hordern e Grenn (1970) observaram por meio de pesquisas empíricas que, em profissionais com alguma experiência clínica, a entrevista em saúde mental não funciona como uma *máquina de somar simples*, na qual o passar do tempo vai acrescentando informações, em progressão linear. De fato, esses pesquisadores verificaram que os **primeiros três minutos** da entrevista são extremamente **significativos**, sendo muitas vezes úteis tanto para a identificação do perfil predominante de sintomas do paciente como para uma primeira formulação da hipótese diagnóstica.

A **primeira impressão** que o indivíduo produz no entrevistador é, na verdade, o produto de muitos fatores, como a aparência global do paciente, seu tom de voz, sua face e olhar, suas roupas e postura. Importante também, nesse primeiro momento, é a experiência clínica do profissional. Além disso, há grande dose de intuição, que, lapidada pelo estudo e amadurecida pela prática clínica, pode se tornar instrumento valioso para a avaliação do paciente. Muitas vezes, a entrevista transcorre em uma espécie de luta para se confirmar ou refutar a avaliação geral inicial, o diagnóstico, a percepção da personalidade que a primeira impressão causou no entrevistador.

ASPECTO GERAL DO PACIENTE

Um fator importante nas fases iniciais da avaliação do paciente é notar e descrever seu **aspecto global**, expresso pelo corpo e pela postura corporal, pela indumentária (roupas, sapatos, etc.), pelos acessórios (colares, brincos, *piercing*, etc.), por detalhes como maquiagem, perfumes, odores, marcas corporais

*image
not
available*

*image
not
available*

normal e incentivado). De modo geral, na prática clínica em saúde clínica e mental, os profissionais devem ser muito cuidadosos e discretos em relação ao comportamento tátil (é preciso conhecer bem o paciente para saber o que o mínimo toque significa para ele).

4.5 Expressões faciais: o rosto e as expressões faciais revelam de forma particularmente importante o estado afetivo de uma pessoa. O **rosto** certamente é um **locus primário do afeto**. Na expressão facial, sobretudo o movimento dos olhos, das sobrancelhas e da região da boca (sorrisos, lábios cerrados, curvatura dos lábios e boca, etc.) revela os afetos básicos: tristeza, raiva, alegria, surpresa, medo e nojo. Além disso, o **rubor**, a **palidez** e/ou **suor facial** são expressões marcantes, em algumas pessoas, de vergonha, raiva, medo, surpresa ou susto.

4.6 Comportamento ocular: são os movimentos de corpo, cabeça e olhos que indicam em que direção, quando e por quanto tempo uma pessoa olha para outra ou para objetos do ambiente. Na análise do olhar, atenta-se aos movimentos oculares, ao tempo e ao modo como a pessoa fixa seu olhar no interlocutor, assim como à dilatação e à contração das pupilas. Sobre os olhos e a boca na CNV, Darwin (2009, p. 308-309) afirmava:

[...] mas as maneiras mais refinadas de demonstrar desprezo ou desdém, abaixando as pálpebras, ou desviando os olhos e o rosto, como se a pessoa desprezada não fosse digna de ser olhada [...] Fúria e nojo, no entanto, continuariam sendo expressos por movimentos ao redor dos lábios e da boca, e os olhos alternariam entre brilhantes e apagados de acordo com o estado da circulação.

5. Paralinguagem: são as qualidades vocais e vocalizações, latências de respostas, silêncios, pausas que o indivíduo produz ou deixa de produzir na interação humana ao se comunicar verbalmente. A paralinguagem é sobretudo **a maneira como se diz algo**, e não o que foi dito (o conteúdo verbal). São as variações sonoras, as mudanças na altura da voz, sua intensidade, assim como os silêncios produzidos, as pausas entre as palavras, o modo de articulá-las.

A paralinguagem inclui a **prosódia**, ou seja, canto, entonação, inflexões da linguagem falada. A prosódia é constituída pelos aspectos sonoros da fala que incluem a intensidade dos sons (forte ou fraco), sua frequência (agudos ou graves) e a duração de cada um deles. A paralinguagem abarca também sons intrusos na fala (como *hummm! ahá! ihh! xii!*), risos, bocejos, arrotos, gemidos, etc., que podem acentuar a comunicação verbal ou se contrapor, contradizer, ao que é falado.

Cabe acentuar aqui, em relação a todas as dimensões da CNV listadas, que o **histórico cultural** dos indivíduos que participam do encontro comunicativo é fundamental. Diferentes grupos culturais apresentam distintas formas de CNV. Por exemplo, em culturas germânicas, anglo-saxãs e japonesas, a proximidade corporal que os indivíduos devem respeitar, a cerimônia e o cuidado com o toque entre pessoas que não são íntimas, a forma de gesticular e se comportar em espaços públicos diferem, às vezes, marcadamente, daquilo que se observa em culturas latinas e de influência africana, como as brasileiras e demais sul-americanas.

Comunicação não verbal e psicopatologia

A CNV, especialmente a expressão facial, foi estudada cuidadosamente pelo psicopatólogo alemão Karl Leonhard (1904-1988). Esse autor subdividiu os gestos faciais e corporais em **intencionais** (gestos com finalidades controladas pela vontade) e **expressivos** (gestos espontâneos que expressam estados emocionais, volitivos e cognitivos, muitas vezes de forma inadvertida). Os gestos expressivos seriam os de maior valor e interesse para a semiologia psicopatológica (Leonhard, 1949).

Para Leonhard, a expressão facial se constitui como uma verdadeira linguagem. Ela é composta por um **conjunto global de sinais** que ocorrem de forma simultânea, mas que podem ser **subdivididos em aspectos parciais** (como, por exemplo, as contrações da testa e das sobrancelhas, a direção e o modo de olhar, os movimentos dos lábios e da boca, os movimentos da cabeça, etc.). Os sinais emitidos pela expressão facial representariam, na sua visão, uma linguagem extremamente fina, detalhada e relativamente estável e universal para os humanos. Tal linguagem expressiva teria se formado durante a evolução da espécie humana, não variando tanto como a linguagem verbal, de geração em geração, de grupo humano para grupo humano.

Leonhard afirma que, apesar de a expressão facial comunicar principalmente **estados afetivos** e emoções as mais variadas, a riqueza da mímica facial também comunica **estados volitivos**, desejos e inclinações, assim como **estados cognitivos**, como pensamentos, noções, reflexões, dúvidas, etc. Para ele, a CNV tem três grandes componentes: 1) a **expressão facial**, que é o componente mais importante e mais rico em detalhes da CNV; 2) o **gestual**, que representa os variados gestos executados pela cabeça,

tronco, membros, mãos e dedos; 3) a **altura e a expressão sonora da voz**, também muito ricas em possibilidades expressivas.

Em seu tratado de CNV, chamado *Linguagem expressiva da alma*, de mais de 500 páginas, Leonhard (1949) apresenta em detalhes a expressão mímica da testa, da boca e dos lábios, das bochechas, assim como a participação da mandíbula e do nariz. Detalha como se compõe a mímica de estados afetivos, como, por exemplo, alegria, excitação, diversão, surpresa, medo, tristeza, desconfiança, inveja, padecimento, dor, preocupação, angústia, raiva, saudades, estupefação, perplexidade, susto, interesse, nojo, esgotamento, entre muitos outros.

Em todos os estados, Leonhard mostra com fotografias e explica detalhadamente as mínimas contrações musculares e movimentos, apresentando como tais experiências são expressas pela mímica da boca e dos lábios, da testa e das sobrancelhas, dos gestos da cabeça, do tronco, dos membros e das mãos, além da altura da voz e da expressão vocal. Ao final, o autor mostra como esses diferentes aspectos da CNV (expressão facial, gestual e altura e expressão da voz) se integram formando expressões globais e emitindo sinais que, se estudados em detalhes e interpretados adequadamente, permitem verdadeira leitura sobre o psiquismo humano em pessoas sadias e naquelas com quadros psicopatológicos.

Comunicação não verbal nas principais síndromes e transtornos psicopatológicos

Os tipos, assim como as competências, relacionados à CNV têm sido associados a diferentes síndromes, estados e transtornos mentais (revisão em Philippot; Coats, 2003). A ideia de diferenciar os quadros psicopatológicos e os transtornos por sua expressão e/ou sensibilidade não verbal é antiga, mas somente a partir de meados do século XX esse tema tem sido estudado de forma empírica detalhada.

A CNV em psicopatologia se refere principalmente a aspectos emocionais, volitivos e sociointerativos do comportamento humano. Nesse campo, têm sido estudados com maior ênfase aspectos como: 1) **expressão emocional**, que é a capacidade de expressar diferentes estados emocionais por meio de mímica, gestos, postura, tom de voz, etc.; 2) **sensibilidade aos sinais não verbais**, que diz respeito à capacidade de perceber nos outros e decodificar principalmente estados emocionais emitidos por vias não verbais e 3) **controle e monitoração de estados emocionais**, que significa a capacidade de controlar estados emocionais percebidos e emitidos por CNV.

Por razões de espaço, serão abordados apenas os principais achados sobre CNV nas seguintes síndromes e transtornos: depressão, ansiedade, esquizofrenia, autismo e mania.

Depressão

Nos quadros depressivos, sobretudo de intensidade moderada ou grave, há, de modo geral, uma **redução da expressividade afetiva**. O **contato ocular** com as outras pessoas é **diminuído**; o paciente gravemente deprimido tende a não olhar ou a evitar a face e os olhos do interlocutor. O olhar pode dirigir-se para baixo, e há redução global das interações sociais. A face, como um todo, revela emoções tristes, melancólicas ou simplesmente apáticas.

Em alguns casos, por contração excessiva de alguns músculos da testa (sobretudo do *músculo corrugador*), músculos que Darwin sagazmente chamou de *grief-muscles* (“músculos do pesar”), ao descrever detalhadamente a expressão não verbal da melancolia, há o enrugamento da pele sobre o nariz e entre as sobrancelhas, que se contrai e se curva em direção ao centro da testa, produzindo dobras no andar superior da face que parecem “desenhar” a letra ômega do alfabeto grego (Ω). Por isso, tal expressão facial foi chamada, pelo psiquiatra alemão Heinrich Schüle (1878), de **sinal do ômega**, ou **ômega melancholicum**, sinal típico das descrições clássicas da melancolia (depressão) grave (**Fig. 10.1**).

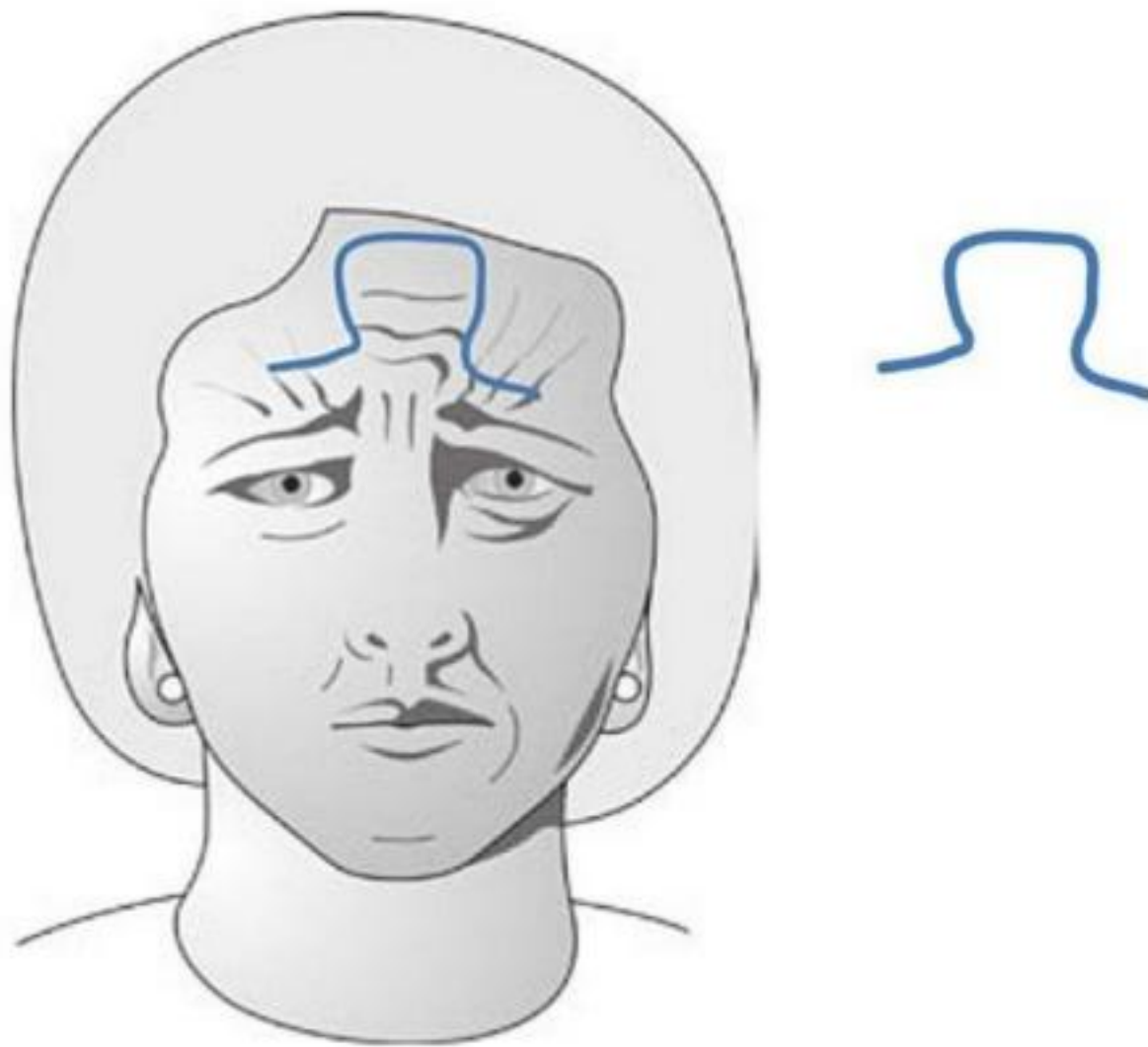


Figura 10.1 | Sinal do ômega em pessoa com melancolia (depressão) grave.

Além disso, nos quadros depressivos, a **boca** pode **curvar-se para baixo**, e, igualmente, o ângulo da **cabeça** também se dobra para o chão. O indivíduo não sorri, ou sorri muito pouco (riso frágil e forçado). Pode haver uma **diminuição global dos gestos e movimentos** da cabeça, das mãos e do corpo em geral. A **voz** produzida é com frequência **baixa** e/ou **monótona**, com pouca expressividade e, em alguns quadros extremos, de difícil compreensão.

Em pesquisa original, Canales, Fiquer e Campos (2017) estudaram a postura de pacientes deprimidos em relação à gravidade e à recorrência do episódio depressivo. Os pesquisadores notaram que os pacientes apresentam alterações posturais (desalinhamento postural), que corroboram o aspecto *corcunda, cabisbaixo*, do indivíduo deprimido. Esse desvio postural diminui à medida que os pacientes apresentam remissão do quadro e é menor em quadros de episódio único do que em episódios recorrentes, outro achado interessante do quanto o aspecto corporal postural pode refletir a presença/recorrência do humor deprimido (Canales; Fiquer; Campos, 2017).

Outras pesquisas revelam que a face e o gestual triste não apenas expressam o estado interno da pessoa, mas também a **expressão triste** pode **reforçar** e mesmo participar da **gênese** de tal estado; *apresentar e manter um rosto marcadamente triste pode fazer a pessoa passar a sentir-se, de fato, mais triste* (Perez; Riggio, 2003). Além disso, Juliana T. Fiquer e colaboradores demonstraram haver correlação entre a intensidade da depressão e a intensidade da redução da CNV, como expressão facial e movimentos expressivos da cabeça e das mãos (Fiquer; Boggio; Gorenstein, 2013).

Ansiedade

Nos quadros ansiosos, há, muitas vezes, uma expressão facial tensa, preocupada ou amedrontada. A **tensão muscular** costuma comprometer todo o corpo, mas pode ser mais intensa nos músculos cervicais do pescoço e na musculatura da face.

Pode haver, sobretudo nos **quadros de ansiedade aguda** e/ou crises de pânico, **descarga** importante do **sistema nervoso autônomo** (inicialmente, descarga simpática e, depois, *rebote parassimpático*). Na **descarga simpática**, há a clássica reação de **lutar ou fugir** (*to fight or to flight*), que é reação de alarme do organismo (situações agudas de ameaça intensa, medo arrebatador), com manifestações físicas como vasoconstrição cutânea e consequente **palidez da face** e midríase (**dilatação das pupilas**), podendo haver **ereção dos pelos**, assim como **aumento do ritmo cardíaco** (que o paciente pode perceber como *batedeira* no peito). Nas mãos e nos pés, pode ocorrer **suor frio**, assim como

tremores das extremidades (**tremores de mãos, dedos e lábios**), e o indivíduo pode sentir sua **respiração** como **difícil** e incômoda (às vezes, **sensação de sufocamento**). A **voz** pode ficar **tensa, hesitante**, projetando-se, às vezes, com dificuldade, o que pode tornar sua compreensão difícil.

Pessoas com **ansiedade social** (ou fobia social) são, de modo geral, muito sensíveis às reações e expressões faciais dos outros, sobretudo de mínimos sinais negativos, percebidos de forma exacerbada em indivíduos considerados como “importantes” ou dotados de significação “superior”, “autoritária” ou “ameaçadora”. De fato, em várias pesquisas tem sido evidenciado como pacientes com ansiedade ou fobia social são marcadamente sensíveis à exposição de faces críticas ou bravas. O estado de **hipervigilância** (atenção acentuada, contínua e hiperativa em relação ao exterior), sobretudo perante estímulos ameaçadores ou potencialmente ameaçadores, é uma verdadeira “marca” das pessoas com acentuada ansiedade social (Perez; Riggio, 2003).

Esquizofrenia

Nos escritos clássicos de Kraepelin e Bleuler já estão presentes descrições de pacientes com esquizofrenia que, apesar de experimentarem emoções desagradáveis intensas, não expressavam tais sentimentos; pareciam não conseguir emitir sinais exteriores de tais emoções. Na esquizofrenia, deve-se distinguir dois estados em relação à CNV: agudos e crônicos.

Nos **estados ou episódios agudos**, sobretudo nas fases iniciais da esquizofrenia, observam-se alterações da CNV relacionadas ao tipo de episódio agudo. Assim, em **quadros paranoides**, podem ser observados gestos e movimentos faciais que indicam um estado intenso de medo e desconfiança, relacionados às vivências paranoides como delírio de perseguição e vozes ameaçadoras (alucinações auditivas). Além disso, o episódio agudo pode ser marcado por **desorganização** mental e comportamental intensa, que se expressa nos gestos e movimentos do paciente que indicam desorganização, inclusive, às vezes, em atos básicos da vida, como alimentação, banho, caminhada, posturas bizarras de repouso, e no encontro com outra pessoa.

Nos **quadros mais crônicos**, com alguns anos de evolução, observa-se com frequência uma **diminuição da expressão afetiva**, na face e no corpo como um todo, que pode ir de uma leve indiferença afetiva até embotamento dos afetos, podendo chegar a um completo achatamento das expressões afetivas.

Pacientes com esquizofrenia expressam de forma deficitária emoções tanto negativas como positivas. Assim, há uma tendência a **diminuição dos gestos e redução** ou imobilidade na **expressão facial**. Eventualmente, podem apresentar **estereotípias faciais** com caretas, piscamento amplo dos olhos e movimentos bucais, que podem ocorrer por discinesia tardia provocada por antipsicóticos de primeira geração ou pelo próprio adoecimento cerebral relacionado à esquizofrenia (Perez; Riggio, 2003).

Há também **empobrecimento das inflexões vocais**, diminuição dos **movimentos espontâneos** e redução do **contato ocular**. Assim, estudos controlados indicam que pessoas com esquizofrenia já estabelecida apresentam menos expressões faciais, diminuição da troca de olhares, além de gestos e posturas não habituais, às vezes bizarras. Esse empobrecimento da CNV **não pode ser atribuído apenas ao uso de neurolépticos** (antipsicóticos de primeira geração); estudos com pessoas que nunca usaram neurolépticos, apesar do desenvolvimento da esquizofrenia, revelam igualmente tal empobrecimento (Kring; Earnest, 2003).

De modo geral, pacientes com esquizofrenia apresentam menos comportamentos pró-sociais e de afiliação, como inclinação lateral da cabeça, levantar de sobancelhas, sorrisos, movimentos afirmativos de cabeça (o chamado *yes-nodding*), assim como menos gesticulação. Além disso, tais indivíduos revelam menos CNV de relaxamento (rir, cruzar os braços relaxadamente, soltar o corpo na cadeira, etc.). Os déficits expressivos nesse transtorno tendem a se correlacionar com o prognóstico: por exemplo, quanto mais contato ocular o paciente apresenta, maior é a tendência à melhor evolução do quadro (Fiquer, 2017).

Indivíduos com esquizofrenia tendem também a **perceber** os sinais de CNV emitidos por pessoas do ambiente com um marcante **viés de interpretação**. Quando apresentam, por exemplo, quadros paranoides intensos, percebem, em detalhes da mímica e da voz dos outros (que, muitas vezes, emitiram apenas sinais neutros), **sinais ameaçadores**, com conteúdos de **desprezo, ameaça** ou **condenação** em relação a eles. Pesquisas também indicam que pacientes com esquizofrenia têm *performance* relativamente ruim em tarefas de reconhecimento de afeto facial: tendem a perceber menos holisticamente a face alheia (Kring; Earnst, 2003).

Alguns autores sugerem que as dificuldades em expressar emoções vistas nas pessoas com esquizofrenia se associam, na verdade, a uma tendência a perceber de forma **demasiadamente intensa e distorcida sinais não verbais mínimos** das emoções alheias. Tais dificuldades em decodificar afetos

faciais corretamente têm sido atribuídas, por alguns autores, a possíveis alterações no córtex parietal direito desses pacientes (Perez; Riggio, 2003).

Autismo

Os primeiros casos de crianças com autismo, descritos por Leo Kanner em 1943, já revelavam uma importante, quando não total, redução das respostas ao ambiente. Notaram-se graus, às vezes acentuados, de **ausência de interesse por seres humanos** e, de forma muito importante, **evitação do contato ocular** com outras pessoas. Também foi percebido que tais crianças preferiam brincar sozinhas a brincar acompanhadas. Com o tempo, passaram a ser percebidas as marcantes dificuldades das crianças com autismo tanto em **expressar CNV** como em **entender os sinais não verbais** emitidos pelas pessoas que buscavam interagir com elas (McGee; Morrier, 2003).

Indivíduos com autismo tendem a apresentar dificuldades importantes em CNV que regulam a interação social, tanto em exprimir como em compreender a CNV dos outros. Assim, apresentam um **contato ocular ausente** ou **inconsistente**. Esse é um dos déficits de CNV mais frequentes nesse transtorno. Os **sorrisos socialmente dirigidos** podem não existir ou ser apenas **frustrados e descompassados**. Observa-se, na interação com os pares, que as crianças com autismo, quando caminham em ambiente com várias outras, parecem “**atravessar**” o grupo, como se as demais crianças não estivessem aí.

Pode-se notar também **ausência de postura antecipatória** ao contato (estender os braços para o abraço) e, às vezes, resistência ao toque ou abraço. Pessoas com autismo apresentam com frequência comportamentos repetitivos (**estereotípias motoras**), como *balanceio do tronco*, *andar na ponta dos pés*, balançar as mãos como bater asas (*flapping*), emissão de *ruídos e estalos* com a boca ou mãos.

Também se nota que pessoas com autismo podem não expressar esforço e/ou habilidade em compartilhar a alegria por algo de bom que eventualmente acontece. Têm dificuldades em **expressar seus interesses e conquistas** para os outros. Crianças com autismo geralmente não iniciam interações com seus pares por meio do mostrar, pegar ou trazer coisas para que os outros vejam ou, ainda, apontar para objetos de interesse e se certificar de que o outro também se interessa por isso (expressão da chamada *atenção conjunta*). Enfim, tais crianças parecem **não ter o interesse** e as **habilidades** para responder efetivamente às aproximações sociais feitas pelos outros.

Em relação à voz e aos elementos sonoros da comunicação verbal, indivíduos com autismo de alto funcionamento ou do tipo Asperger desenvolvem a linguagem, mas tendem a apresentar uma **voz monótona**, de **afinação alta**, ou um **falar com volume muito baixo**. Às vezes, a voz de pacientes com autismo se assemelha à de **personagens de desenho animado** ou à de um **robô**.

Muitas pesquisas indicam que indivíduos com autismo têm **deficits no reconhecimento facial** e da expressão emocional em faces, os quais não correspondem a um simples atraso no desenvolvimento, mas tendem a ser persistentes (sobretudo naqueles que não recebem tratamento especializado e adequado). Em casos de maior gravidade, a compreensão de expressões faciais, vocais e corporais pode estar gravemente reduzida. Ao que parece, o reconhecimento de emoções mais complexas, como *orgulho* ou *constrangimento*, é bem mais difícil que o de emoções simples, como alegria e tristeza (McGee; Morrier, 2003).

Nas últimas décadas, com o desenvolvimento de abordagens terapêuticas mais específicas e eficazes (como Análise do Comportamento Aplicada [ABA]), tem sido verificado que alguns aspectos das dificuldades comunicacionais das pessoas com autismo podem ser reduzidos com a elaboração de estratégias alternativas ou originais para incrementar e melhorar a qualidade da interação e da comunicação.

Mania

Nas fases de mania do transtorno bipolar, há um conjunto de elementos da CNV bastante característico. O comportamento global do paciente é **muito ativo, alegre, eufórico** ou **irritável**; interage com o interlocutor logo ao conhecê-lo, como se fosse seu amigo íntimo.

A proxêmica está alterada, e o indivíduo se aproxima de pessoas desconhecidas, podendo **não respeitar a distância mínima** de corpo com corpo. A psicopatologia alemã descreveu tal sintoma como *Distanzlosigkeit* ou *Abstandslosigkeit*, ou seja, a *perda da distância* espontânea (culturalmente determinada) entre o paciente e seu interlocutor. Nas conversas, aproxima-se do corpo do interlocutor como se fosse uma pessoa íntima. Entretanto, ao que parece, um subgrupo de pacientes com mania com sintomas psicóticos apresenta o contrário – maior distância, e não menor, com o interlocutor (Fiquer, 2017).