



CURSO DE

Técnico em enfermagem
Aula 06
Introdução a Psicopatologia

Psi. Esp. Alexandre Abdalla





DEFINIÇÃO

- O termo psicopatologia foi criado por Jeremy Bentham, em 1817. Psyché significa alma; páthos, sofrimento ou doença; e lógos, estudo ou ciência. No entanto, Esquirol e Griesinger, com seus trabalhos publicados, respectivamente, na França (em 1837) e na Alemanha (em 1845), é que são considerados os criadores da psicopatologia.
- A psicopatologia é uma disciplina científica que estuda a doença mental em seus vários aspectos: suas causas, as alterações estruturais e funcionais relacionadas, os métodos de investigação e suas formas de manifestação (sinais e sintomas). Comportamento, cognição e experiências subjetivas anormais constituem as formas de manifestação das doenças mentais.



- Os fenômenos mentais patológicos são muitas vezes qualitativamente diferentes dos normais. Citando novamente Jaspers, “a psicopatologia investiga muitos fatos cujos correspondentes ‘normais’ ainda não foram estabelecidos pela psicologia”, e “é muitas vezes a visão do anormal que ensina a explicar o normal”.
- Psicopatologias podem ser divididas em dois grupos:
- As psicopatologias explicativas baseiam-se em modelos teóricos ou achados experimentais, e buscam esclarecimentos quanto à etiologia dos transtornos mentais. Elas podem seguir uma orientação psicodinâmica (como a psicanálise), cognitiva, existencial, biológica ou social, entre outras.
- As psicopatologias descritivas, consistem na descrição e na categorização precisas de experiências anormais, como informadas pelo paciente e observadas em seu comportamento. Possuem um caráter semiológico e propedêutico em relação à psiquiatria clínica. Entre as psicologias descritivas está a psicopatologia fenomenológica. Explicação e descrição não se excluem; na verdade, complementam-se. Só é possível explicar o que foi anteriormente descrito.



ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

- Para que uma entrevista psiquiátrica atinja seus objetivos, é imprescindível que o entrevistador bem aplique sua capacidade de observar, investigar, e, por fim, descrever o que foi observado e investigado. O olhar mais apurado e educado pode descobrir uma infinidade de dados em referências ou observações que não seriam valorizadas por um observador descuidado. A incapacidade de bem descrever aquilo que foi observado e colhido depois de uma investigação ativa, leva, inevitavelmente, à sua perda ou à diminuição do seu interesse. Além disso, as demais especialidades médicas dispõem de uma infinidade de recursos outros que podem suprir as deficiências de uma entrevista mal feita. O psiquiatra, e o psicólogo, ao contrário, dispõem quase que somente da sua boa capacidade de entrevistar



- O produto redigido a partir de uma entrevista denomina-se anamnese. A anamnese psiquiátrica tem muitas peculiaridades em relação às das demais especialidades. Os dados de identificação de um paciente funcionam como uma espécie de “moldura” em relação a tudo o que vai ser investigado e já nos fornecem diversos indícios em relação aos caminhos que a entrevista poderá seguir. Pensamos ser imprescindível que o entrevistador proceda a uma identificação formal da pessoa que está examinando, mas que não se esqueça de também se identificar. Frequentemente, o paciente não sabe como foi parar naquele lugar e nem o que pretendemos “fazer com ele”. Quando nos identificamos de maneira clara, eliminamos boa parte do mal estar que costuma acompanhar uma entrevista não solicitada. Existe ainda, uma série de correlações que se costumam estabelecer entre os dados da identificação e um risco aumentado para certas condições psiquiátricas:



- **1- Idade** - Há faixas etárias preferenciais para a ocorrência de certas condições. O início das esquizofrenias, por exemplo, tipicamente se dá entre adultos jovens, enquanto as demências nas idades avançadas.



- **2- Profissão** – Cada vez menos freqüente tem sido a observação da ocorrência de transtornos psiquiátricos especificamente causados por uma certa atividade profissional, como, por exemplo, intoxicações por metais pesados em pintores (artistas ou de paredes), frentistas de postos de gasolina e outros. Por outro lado, cada vez mais se estudam efeitos sutis sobre a saúde mental, exercidos por determinadas situações no trabalho, como o recentemente descrito “Burnout”: estado de grande abatimento, desalento extremo e cinismo (tendência à indiferença em relação a tudo, especialmente o que mais apreciava), que costuma se desenvolver em pessoas que viveram em função do trabalho e sofreram grande decepção, por vezes assédio moral por patrões e colegas de trabalho. Ademais, a profissão costuma ser uma das marcas principais de uma individualidade. Como disse um filósofo, costumamos dizer que “fazemos” uma profissão, mas, em verdade, é ela que nos “faz”. Por isso, não aceitamos quando alguém escreve nesse item simplesmente: “Aposentado”. Esse é um termo genérico e tudo o que se deve buscar em uma identificação é a individualização.



- **3- Escolaridade** – Do ponto de vista semiológico, costumamos utilizar o desempenho escolar de uma pessoa como fator importante na avaliação do seu desenvolvimento intelectual na infância e juventude. Esse dado é, com muita frequência, fator de diferenciação entre uma oligofrenia leve e uma esquizofrenia residual (ver adiante), uma vez que, os oligofrênicos tiveram a tendência a apresentar suas dificuldades desde a primeira infância





- **4- Estado civil** – É em relação ao risco de suicídio, que esse dado tem mais importância. É fato comprovado a partir de diversas fontes, pelo menos entre os ocidentais, a elevação do seu risco para aqueles que vivem sozinhos: solteiros, divorciados e, especialmente, viúvos.

-
- **5- Religião** – Esse dado, além de ser um marco de identidade de uma pessoa, também pode nos ajudar a avaliar melhor certas crenças aparentemente estranhas compartilhadas por certos grupos e, com isso, poupar-nos de cometer certos erros. Já recebemos, porém, pacientes trazidos para internação por pastores e “pais de santo”, que haviam perdido, por conta do início de uma doença psiquiátrica, a capacidade de diferenciar o simbólico (que toda a literatura religiosa tem) do concreto na vida compartilhada.





ANAMNESE



CONSCIÊNCIA, ATENÇÃO, ORIENTAÇÃO E SEUS TRANSTORNOS

- Esforçando-nos para avançar um pouco na compreensão do que seja a consciência, diria que uma pessoa encontra-se em lucidez de consciência quando está integrando, de forma coerente e compartilhada, o que a rodeia, desde que 34 lhe sejam fornecidos os mínimos dados necessários para isso. É possível sua avaliação intuitiva e somente pela observação (a ser confirmada na investigação), principalmente quando percebemos uma expressão de perplexidade, agitação ou sonolência, incapacidade de integrar os acontecimentos à sua volta. Já a investigação mais operacional do nível de consciência é indireta: necessita da investigação da atenção e da orientação.



- **CONSCIÊNCIA VIGIL:** Requer estar desperto, acordado, vigil, lúcido. É a relação do “Eu” com o ambiente. A capacidade de entrar em contato com a realidade, percebê-la (sensibilidade) e conhecer seus objetos.

ALTERAÇÕES

QUANTITATIVAS

(Rebaixamento do nível de consciência):

Obnubilação: rebaixamento leve à moderado. Sonolência, lentidão da compreensão e concentração.

marcada turvação da consciência. Sempre sonolento e, apesar de ter reações de defesa, nunca realiza reações espontâneas. Psicomotricidade mais diminuída que na obnubilação.

Sopor:

Coma: nenhuma reação voluntária, nem de defesa.

ALTERAÇÕES

QUANTITATIVAS

Transitório. Apresenta obnubilação mais atividade motora coordenada preservada. Mas há restrição da consciência e atos automáticos. Geralmente, essa restrição de ideias e sentimentos expressam atosexplosivos violentos e amnésia lacunar deste episódio.

Estados crepusculares:

perda da interação com o meio ambiente. Duram de minutos à horas. São comuns nos transtornos

Dissociação da consciência: dissociativos, ansiedade.

Transe:

atividade motora automática e estereotipada mais abolição parcial dos movimentos voluntários. Pode ocorrer nos transtornos dissociativos.

Experiência de quase-morte (EQM): dura segundos à minutos. Ocorre emparadas cardiorrespiratórias, isquemias cerebrais, politrauma.

Hipoprosaxia:

diminuição global da atenção. Fatigabilidade aumentada. Pode acontecer na esquizofrenia, depressão, demência, TDAH, delirium.

Aprosaxia:

Abolição total. Ocorre em demência avançada e coma.

Hiperprosexia:

Atenção exacerbada. Focada em determinado objeto com infatigabilidade. Ocorre no transtorno obsessivo compulsivo (TOC) – fase da mania.

Distraibilidade:

desvio acentuado da atenção voluntária, dificuldade de fixar em algum objeto ou atividade produtiva. Pode ocorrer na esquizofrenia, fase da mania (TOC).

- **ATENÇÃO:** Direcionamento da consciência, concentração sobre determinado objeto.

Desorientação autopsíquica: não sabe nome, idade, data de nascimento, profissão... Desorientação de si mesmo.

Desorientação alopsíquica: perda da noção espacial e temporal

Desorientação espacial: lugar onde se encontra (instituição, andar do prédio, bairro, cidade, estado, país).

Desorientação temporal: horas, se é manhã, tarde ou noite, dia da semana, mês, época do ano, o ano.

- **ORIENTAÇÃO:** Capacidade de a pessoa saber que ela é ela mesmo, onde se encontra no tempo e espaço.



- **MEMÓRIA:** Registrar, manter, evocar experiências já ocorridas.

ALTERAÇÕES

QUANTITATIVAS:

Hipermnésia: lembranças afluem rápido, aumenta em número e perde em clareza.

Hipomnésia ou amnésia:

Amnésia anterógrada – perda da fixação de lembranças do momento, observada em quadros dissociativos. Amnésia retrógrada – perda das lembranças de antes da doença, observadas em traumatismo crânioencefálico.

ALTERAÇÕES

QUALITATIVAS:

Ilusões mnêmicas:

acréscimo de elementos falsos a um núcleo verdadeiro. Ocorrem na esquizofrenia, paranoia, transtorno de personalidade borderline, esquizotípica e histriônica.

Alucinações mnêmicas:

criação totalmente imaginativa, mas que parece uma memória. Comum na esquizofrenia.

Fabulações:

elementos de imaginação ou lembranças isoladas preenchem lacunas de memória.

Criptomnésia:

lembranças aparecem como se fossem fatos novos. Típico de demência tipo Alzheimer.

Ecmnésia:

recordação muito nítida do passado. Podem aparecer em crises epilépticas, quadros dissociativos, EQM.

PSICOFARMACOLOGIA

- Quando se tem dor de cabeça, quanto de aspirina ou tilenol deve-se tomar?
- Por que não se toma 12 comprimidos de uma vez?
- Ele começa a agir 30 segundos depois de tomar o comprimido?
- Seu efeito dura uma semana?
- Como a droga sabe onde deve chegar para agir?



- A **psicofarmacologia** é o ramo da farmácia que trata de substâncias conhecidas como psicotrópicas. As drogas psicotrópicas ou psicofármacos atuam de forma seletiva no sistema nervoso central (SNC), sendo também conhecidas como agentes psicoativos ou psicoterápicos. Desta forma, incluem nesta classe os fármacos que deprimem ou estimulam seletivamente as ações do SNC, que devido a tais propriedades, fizeram reduzir de forma considerável o número de internações em hospitais psiquiátricos.
- Embora foram diversos os avanços observados na categoria dos psicofármacos, até o momento não se conhece de forma bem estabelecida os mecanismos que levam às patologias que afetam o SNC, e que causam os distúrbios mentais e emocionais. Desta forma, os fármacos pertencentes a esta classe tem como objetivo o tratamento dos sintomas, e não a cura em finito, já que os mecanismos não são bem elucidados. Acredita-se que uma das razões dos distúrbios e alterações ocorra por um desequilíbrio na concentração e/ou ação das aminas cerebrais, substâncias que atuam regulando os mecanismos bioquímicos, fisiológicos, psicológicos e clínicos deste sistema.





- Em 1976 a Organização Mundial de Saúde (OMS) dividiu esses fármacos de acordo com dois critérios: de acordo com a farmacologia (classificação farmacológica) e em relação à ação terapêutica (classificação terapêutica). Com base na classificação farmacológica, esses fármacos são divididos em sedativos ansiolíticos, antipsicóticos (neurolépticos), antidepressivos, liberadores indiretos de catecolaminas, psicodislépticos ou alucinógenos, metabólitos do SNC e antagonistas da serotonina. Quanto à classificação terapêutica, temos os sedativos ansiolíticos, antipsicóticos (neurolépticos), antidepressivos, psicotogênicos e drogas para sintomas de doenças neurodegenerativas.

PERSONALIDADE

– ID, EGO E SUPEREGO

- De acordo com a teoria psicanalítica da personalidade de Sigmund Freud, a personalidade é composta por três elementos. Estes três elementos da personalidade – conhecidos como o id, ego e superego – trabalham juntos para criar comportamentos humanos complexos.



ID

- O ID é o único componente da personalidade que está presente desde o nascimento.
- Este aspecto da personalidade é totalmente inconsciente e inclui os comportamentos instintivos e primitivos.
- O id segundo Freud é a fonte de toda a energia psíquica, tornando-se o principal componente da personalidade.
- O ID é impulsionado pelo princípio do prazer, que se esforça para a gratificação imediata de todos os desejos, vontades e necessidades. Se essas necessidades não são satisfeitas imediatamente, o resultado é um estado de ansiedade ou tensão. Por exemplo, um aumento da fome ou sede deve produzir uma tentativa imediata de comer ou beber. O ID é muito importante no início da vida, porque assegura que as necessidades de uma criança sejam atendidas. Se a criança está com fome ou desconfortável, ela vai chorar até que se cumpram as exigências do id.



- No entanto, sempre satisfazer essas necessidades imediatamente não é realista nem mesmo possível. Se estivéssemos completamente guiados pelo princípio do prazer, estaríamos tirando coisas das mãos de outras pessoas para satisfazer os nossos próprios desejos. Este tipo de comportamento seria perturbador e socialmente inaceitável. De acordo com Freud, o id tenta resolver a tensão criada pelo princípio do prazer através do processo primário, que envolve a formação de uma imagem mental do objeto desejado como uma forma de satisfazer a necessidade.



EGO

- O ego é o componente da personalidade que é responsável por lidar com a realidade.
- De acordo com Freud, o ego se desenvolve a partir do id e garante que os impulsos do id possam ser expressos de uma forma aceitável no mundo real.
- As funções do ego agem tanto no consciente, no pré-consciente e inconsciente.
- O ego opera com base no princípio da realidade, que se esforça para satisfazer os desejos do id de formas realistas e socialmente adequadas. O princípio de realidade pesa os custos e benefícios de uma ação antes de decidir agir sobre desistir ou ceder aos impulsos. Em muitos casos, os impulsos do id podem ser satisfeitos através de um processo de gratificação atrasada – o ego acabará por permitir o comportamento, mas apenas no momento e lugar apropriados.
- O ego também descarrega a tensão criada por impulsos não satisfeitos através do processo secundário, em que o ego tenta encontrar um objeto no mundo real que corresponde a imagem mental criada pelo processo principal do id.





SUPEREGO

- O último componente da personalidade a se desenvolver é o superego.
- O superego é o aspecto da personalidade que mantém todos os nossos padrões morais internalizados e ideais que adquirimos dos pais e da sociedade – é nosso senso de certo e errado.
- O superego fornece diretrizes para fazer julgamentos.
- De acordo com Freud, o superego começa a surgir por volta dos cinco anos.



- Há duas partes do superego:
- O ego ideal inclui as regras e normas de bons comportamentos. Esses comportamentos incluem aqueles que são aprovados por figuras de autoridade parental ou outras. Obedecer a estas regras leva a sentimentos de orgulho, valor e realização.
- A consciência inclui informações sobre as coisas que são vistas como ruins pelos pais e pela sociedade. Esses comportamentos são frequentemente proibidos e levam a consequências ruins, punições ou sentimentos de culpa e remorso.
- O superego atua para aperfeiçoar e civilizar o nosso comportamento. Ele trabalha para suprimir todos os impulsos inaceitáveis do id e se esforça para realizar o ato do ego nas normas idealistas em vez de princípios realistas. O superego está presente no consciente, pré-consciente e inconsciente.



A INTERAÇÃO

- Com tantas forças concorrentes, é fácil ver como podem surgir conflitos entre o id, ego e superego. Freud usou o termo força do ego para se referir a capacidade do ego de trabalhar apesar destas forças em conflito. Uma pessoa com boa força do ego é capaz de gerir eficazmente essas pressões, enquanto que aquela com a força do ego demasiada ou pouca pode tornar-se inflexível demais ou muito perturbada.
- De acordo com Freud, a chave para uma personalidade saudável é um equilíbrio entre o id, o ego, e do superego.



- “Ao discutir o id, ego, e superego, devemos ter em mente que estes não são três entidades separadas com fronteiras bem definidas, mas sim que eles representam uma variedade de diferentes processos, e funções dinâmicas dentro da pessoa ... Além disso, em seus escritos Freud usa os pronomes pessoais alemães, das Es, Das Ich, e das uber-Ich. A tradução em latim dos pronomes tornou-os menos pessoais, levantando a questão da conveniência de tentar uma nova tradução.” (Engler, 2009)
- “Com o ego colocado no meio, e se todas as exigências forem atendidas, o sistema mantém o seu equilíbrio de poder psíquico e o resultado é uma personalidade ajustada. Se houver desequilíbrio, o resultado é uma personalidade mal-adaptada. Por exemplo, com um id dominante, o resultado poderia ser um indivíduo impulsivo e incontrolável (por exemplo, um criminoso). Com um superego hiperativo, o resultado pode ser um indivíduo extremamente moralista (por exemplo, um religioso fanático). Um ego avassalador poderia criar um indivíduo apegado demais à realidade (por exemplo, extremamente rígido e incapaz de desviar de regras ou estrutura), e incapaz de ser espontâneo (por exemplo, expressar impulsos do id), ou com a falta de um sentimento pessoal do que é certo e errado.” (Carducci, 2009)





ATIVIDADE

- Em Duplas
- Estudo de caso





OBRIIGADO !!

