

Psicopatologia descritiva: existe uma linguagem comum?

Descriptive psychopathology: is there a common language?

Elie Cheniaux

Versão original aceita em Português

Resumo

Com o objetivo de examinar se existe uma uniformidade entre os diversos autores quanto aos conceitos e termos da psicopatologia descritiva, foi realizada uma revisão de alguns dos principais livros dessa área, tanto brasileiros como internacionais. Constatou-se que não há verdadeiramente uma linguagem comum: determinados conceitos são considerados por alguns autores mas ignorados por outros; um mesmo termo é utilizado com diferentes sentidos; e um mesmo conceito é designado por termos diferentes. Alguns pontos de divergência entre os diversos psicopatólogos são aqui exemplificados e discutidos.

Descritores: Psicopatologia; Sintomas psíquicos; Terminologia; Revisão [tipo de literatura]

Abstract

We elaborated a review of some of the main books of descriptive psychopathology, Brazilian and international ones, with the objective of examining if there is uniformity among the various authors about concepts and terminology. We observed that there is not truly a common language: some concepts are used by some authors but are ignored by others; a same term is utilized with different meanings; and a same concept is assigned by different terms. Here some points of divergence among the various authors are presented and discussed.

Keywords: Psychopathology; Symptoms, psychic; Terminology; Review [publication type]

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM - UERJ); Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ)

Financiamento: Inexistente
Conflito de interesses: Inexistente
Recebido: 12.11.2004
Aceito: 11.02.2005

Correspondência

Elie Cheniaux Jr
R. Santa Clara, 50 / 1213 – Copacabana
22041-010 Rio de Janeiro, RJ
E-mail: echeniaux@globo.com

Introdução

Os sistemas classificatórios atuais dos transtornos mentais não nos levaram a um grande avanço quanto à validade das categorias nosológicas, porém trouxeram algumas vantagens no que se refere à fidedignidade do diagnóstico e ao desenvolvimento de uma linguagem comum. Por exemplo, quando se diz que determinado paciente sofre de esquizofrenia de acordo com os critérios da CID-10,¹ isso é compreendido pelos psiquiatras do mundo inteiro, mesmo que se discorde desses critérios ou que se conteste a própria existência desse transtorno mental.

Por outro lado, na CID-10¹ – assim como no DSM-IV² –, embora sejam listados os critérios diagnósticos para cada categoria nosológica, não há uma preocupação em se definir precisamente os sinais e sintomas nem em se explicar como eles devem ser reconhecidos na prática. Em se tratando das alterações psicopatológicas, a utilização de uma linguagem comum constitui uma pré-condição para que se alcance um nível satisfatório de fidedignidade do diagnóstico psiquiátrico. A definição de delírio no Brasil, por exemplo, não deveria ser diferente da adotada no Japão.

A psicopatologia descritiva é a disciplina que se ocupa da descrição, definição e classificação dos sinais, sintomas e síndromes mentais. Ela floresceu no século XIX e, no início do século XX, recebeu a importante contribuição de Karl Jaspers, com sua abordagem fenomenológica.³

Mas até que ponto há na psicopatologia descritiva uma uniformidade no que se refere à terminologia e à conceituação? Para responder a esta pergunta, realizou-se uma revisão dos textos de psicopatologia descritiva de vários dos mais importantes autores nacionais e internacionais nessa área.

Foram consultados os acervos da biblioteca do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro e da biblioteca biomédica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Estudaram-se apenas os livros dedicados à psicopatologia descritiva ou que contivessem ao menos capítulo completo sobre o tema. Não foram considerados os periódicos ou outro tipo de publicação.

Esses textos foram comparados entre si e mostraram-se predominantemente congruentes. No entanto, foram observados diversos pontos bastante significativos de divergência. Alguns destes, aqueles em que se consideraram as discordâncias mais evidentes e relevantes, são a seguir apresentados. Procurou-se abordar pelo menos uma questão relativa a cada uma das principais funções mentais.

Exemplos de divergências entre os autores quanto a algumas alterações psicopatológicas

1. Consciência

Para designar quadros em que há um rebaixamento do nível da consciência são empregados termos tão diferentes quanto obnubilação,⁴⁻¹⁹ embotamento,^{5,8,15} entorpecimento,^{5,13,15} ofuscamento,⁴ turvação,^{4,7,10-12,14-15,17-21} perturbação¹² e obtusão⁹ da consciência; embriaguez;⁵ torpor,^{11,14,16,18,21-22} sonolência;^{5-7,12,14,16-17,20} sopor;^{5,10,19} pré-coma;⁷ estado para-sônico,⁷ onírico¹⁴ e oniróide;^{4-5,14,20,22} confusão mental;^{5,8-9,11,16,20} onirismo;^{4,17} alucinação aguda;⁵ e amênia.^{4-5,18} Estupor,^{4,7} estado crepuscular^{5,8} e delírio (*delirium*)^{4-6,16} também são usados, apesar de representarem, para a maioria dos autores, abolição da psicomotricidade,¹⁵ estreitamento da consciência¹⁰ e uma síndrome,²⁰ respectivamente.

Vários autores empregam diversos termos para designar diferentes níveis de rebaixamento de consciência, só que o fa-

zem de forma não-uniforme. Entre a lucidez e o coma, de um grau menor para um maior de rebaixamento, teríamos: embotamento, sonolência e sopor;⁵ sonolência, obnubilação e *delirium*;⁶ obnubilação, sonolência, estupor e pré-coma;⁷ embotamento (ou obnubilação simples), estado crepuscular e confusão;⁸ obnubilação e sopor;^{10,19} obnubilação, confusão mental e torpor;¹¹ turvação e sonolência;²⁰ obnubilação, sonolência e torpor;^{14,16} obnubilação e sonolência;^{12,17} ou leve, moderado, intenso e estuporoso.⁴

Também se encontra com frequência nos livros de psicopatologia uma classificação qualitativa, considerando se, paralelamente ao rebaixamento da consciência, há ou não sintomas psicóticos, como delírios e alucinações. No primeiro caso, ou seja, quando ocorre sintomatologia produtiva, são utilizadas as seguintes expressões: obnubilação,^{5,13,15} obnubilação acompanhada de onirismo,⁴ obnubilação delirante,¹² estado confusional,⁹ turvação,^{15,21} delírio,¹⁶ turvação oniróide,¹¹ estado oniróide,²⁰ estado onírico ou oniróide,^{14,23} alteração oniróide da consciência²² e onirismo.¹⁷ E no segundo caso, ausência de sintomatologia produtiva, as expressões adotadas são: entorpecimento,^{5,13,15} obnubilação simples,⁴ obnubilação,^{4,9,12} embotamento,¹⁵ torpor²¹ e confusão mental simples.¹⁶ Como se vê, o termo obnubilação, dependendo do autor, é usado num ou no outro sentido, podendo ser o oposto de entorpecimento^{5,13,15} ou, alternativamente, o oposto de estado confusional.⁹

Alguns autores falam em elevação do nível da consciência,^{7,13,20} hiperlucidez,¹⁴ hipervigilância,^{6,9} ou hiperfrenia.⁹ Trata-se de um quadro caracterizado por hipermnésia evocativa, maior alerta, aumento da intensidade das percepções, hiperatividade e exaltação do humor, que ocorre na mania, na intoxicação por estimulantes ou alucinógenos, em algumas auras epiléticas e no início da esquizofrenia.^{6-7,9,13-14,20} Todavia, para Alonso Fernández, um nível de consciência acima do normal é meramente uma possibilidade teórica, não observada empiricamente. De acordo com esse autor, se ocorre um incremento de algumas funções psíquicas, ao mesmo tempo há um claro prejuízo em outras: observa-se diminuição da capacidade de concentração, hipomnésia de fixação, incoerência, desorganização da conduta e hipopraxismo.⁴

2. Atenção

Descrevem-se dois aspectos da atenção: a tenacidade e a vigilância. A tenacidade, ou capacidade de concentração, é a capacidade de manter a atenção em um determinado objeto por um certo tempo. A vigilância é a capacidade de a qualquer momento desviar a atenção de um objeto para um outro.^{6,13,16,18-19} Tenacidade e vigilância são qualidades opostas: se uma aumenta, a outra tende a diminuir de intensidade.¹⁸ Surge aqui, contudo, uma dificuldade, pois o termo *vigilância* também é utilizado com outro significado, correspondendo à definição neuropsicológica de consciência. Estar vígil é estar desperto, lúcido, ter a consciência clara.^{4,19-20,24}

O termo *hiperprosexia* tem sido utilizado com dois significados diferentes e opostos: para designar quadros de hipertenacidade e hipovigilância,^{5,9,12,15,19} e quadros de hipotenacidade e hipervigilância.^{4,6,9-10,12,17-18} No primeiro caso, são empregadas ainda as expressões *despolarização da atenção*,⁹ *distração*,^{10,12,15,17-19} *absorção*,²⁰ *pseudo-aprosexia*⁴ e *estreitamento da atenção*,^{7,20} Já no segundo caso, em que há um excesso de mobilidade da atenção,⁴ as expressões adotadas são *labilidade da atenção*,⁹ *instabilidade da atenção*,²⁵ *distração*¹⁰ e *distraibilidade*.^{4-6,10,12,14-15,17-20,23}

3. Sensopercepção

A pareidolia consiste numa imagem (fantástica e extrojetada) criada intencionalmente a partir de percepções reais, a partir de elementos sensoriais incompletos ou imprecisos. Por exemplo: *ver* figuras humanas, cenas, animais, objetos, etc, em nuvens, em manchas ou relevos de paredes, no fogo, na Lua, etc; ou “ouvir” sons musicais com base em ruídos monótonos. Nesses casos, o objeto real passa para um segundo plano. Apesar de a pareidolia ser incluída por diversos autores^{4,6,11-12,17,20-22} entre as formas de ilusão, diferencia-se desta, segundo Cabaleiro Goas, pelo fato de o indivíduo estar todo o tempo consciente da irrealidade da imagem e de sua influência sobre ela.⁹

Há três espécies de vivências alucinatórias: as alucinações verdadeiras, as pseudo-alucinações e as alucinoses.⁴ As pseudo-alucinações, um conceito de Kandinski, distinguem-se das alucinações verdadeiras pela ausência de corporeidade e localização no espaço subjetivo interno, o que as torna mais semelhantes às imagens representativas do que às perceptivas.^{4,14,18-19} Ainda de acordo com a descrição de Kandinski, a crença na realidade do fenômeno é a mesma observada nas alucinações verdadeiras.^{4-5,14,18} Todavia, o conceito de pseudo-alucinações é controverso e, para alguns autores,^{10,22,26} poderia haver crítica por parte do paciente. Além disso, muitos psiquiatras empregam o termo *pseudo-alucinação* com outros significados, como, por exemplo, referindo-se a certas experiências sensoriais em quadros dissociativos histéricos.²²

Nas alucinoses, descritas por Ey, a imagem é percebida no espaço objetivo externo, mas, ao contrário das alucinações verdadeiras, é adequada e imediatamente criticada pelo indivíduo, que reconhece o fenômeno como patológico.²⁷ Elas ocorrem sob lucidez de consciência, sendo também chamadas de alucinações neurológicas, já que estão relacionadas a distúrbios de origem orgânica.^{15,19} O mesmo termo *alucinose*, porém, é usado com significado bem diverso. Foi introduzido por Wernicke para designar delírios alucinatórios agudos e crônicos.^{4,9} Um exemplo desse tipo de condição é a categoria nosológica *alucinose alcoólica*, na qual em geral não há crítica por parte do enfermo em relação às vivências alucinatórias (auditivas), as quais constituem, portanto, alucinações verdadeiras e não alucinoses.⁸

4. Memória

A fabulação (ou confabulação) foi descrita por Korsakoff, mas tal denominação foi dada por Kraepelin. Ela é observada em quadros clínicos nos quais há um importante déficit de memória, como a síndrome de Korsakoff e a demência, e consiste no preenchimento de lacunas de memória com falsas recordações, as quais são tidas pelos doentes como verdadeiras.^{9,16,19,22,26} A alucinação de memória, por sua vez, é definida como a recordação de algo que de fato não ocorreu. Trata-se de uma falsa lembrança, produzida pela imaginação do paciente. Pode ocorrer na esquizofrenia e em outros transtornos psicóticos, em virtude da atividade delirante.^{9,19,22} Já o termo paramnésia é utilizado em dois sentidos. Ele pode ter um significado mais genérico, correspondendo ao conjunto de alterações qualitativas da memória. Neste caso, a fabulação é considerada uma forma de paramnésia.^{7,11-12,18-19,22} Mas, para

outros autores, paramnésia é sinônimo de alucinação de memória.^{4-5,9,15,28} Dependendo do autor, a fabulação e a alucinação de memória são consideradas alterações psicopatológicas distintas;^{4-5,11,14-16,18-19,28} a fabulação representa um subtipo de alucinação de memória;⁹ ou a alucinação de memória está incluída entre as fabulações.²² Por fim, Pio Abreu distingue fabulação de confabulação, no que não é seguido;¹⁴ e Schneider não fala em paramnésia nem em alucinação de memória, preferindo o termo pseudomnésia.²⁴

5. Linguagem

Na esquizofrenia e na afasia sensorial eventualmente ocorre uma completa desorganização da linguagem, cuja sintaxe se torna inteiramente incoerente. Palavras reconhecíveis, em geral articuladas corretamente, são emitidas numa ordem caótica e ilógica, podendo ainda ser misturadas com neologismos, o que torna o discurso sem qualquer sentido, ininteligível. Aqui, encontramos um bom exemplo de uma mesma anormalidade psicopatológica que recebe múltiplas denominações: jargonofasia,^{10,18-20} esquizofasia,^{6,10,18-19} salada de palavras,^{6,10,18-20,22} confusão de linguagem,¹⁷ confusão de fala²² e paragramatismo.²⁰ Sá fala ainda em glossolalia¹⁰, termo em geral empregado em uma outra situação clínica: o indivíduo parece estar falando uma outra língua; ele produz sons ininteligíveis, porém mantém os aspectos prosódicos da fala normal.^{19,27-28}

Para-respostas são respostas totalmente disparatadas em relação às perguntas. Por exemplo: “Qual é o seu nome?” - Resposta: “Acho que vai chover”. São encontradas na esquizofrenia e na demência.^{7,10,19,28} Em alguns livros,^{6,17,21} recebem a denominação de para-respostas fenômenos bem diferentes do que foi descrito acima. O paciente, embora compreenda perfeitamente a pergunta e conheça a resposta correta, deliberadamente dá uma resposta errada, mas que está relacionada à pergunta. Por exemplo: “Quantos patas tem um cachorro?” - Resposta: “Cinco”; ou então: “Quanto dá o resultado da multiplicação ‘3 x 3?’” - Resposta: “10”.²² Essas respostas aproximadas, designação adotada por alguns,^{20,26} ocorrem num quadro de pseudodemência (dissociativa) conhecido como síndrome de Ganser, descrito por Ganser em **1898.²²

6. Pensamento

Diversos autores incluem entre as alterações do pensamento o roubo,^{4-7,13,18-19,22} a imposição,^{4-7,11,18,22} a divulgação^{5,7,22} e a sonorização^{4,6} do pensamento. Esta última, no entanto, é em geral classificada como um distúrbio da sensopercepção,^{10,12,15,18-19} enquanto que os demais sintomas costumam ser relacionados à consciência do eu.^{4,7,9,15,19,21,29} Esses quatro fenômenos não representam por si só alterações do curso, da forma ou do conteúdo do pensamento, embora possam se acompanhar de alterações do pensamento: a presença de alterações da consciência do eu implica em atividade delirante;^{4,7,9,22,24,29} e o roubo do pensamento leva a uma interrupção do curso.¹⁹⁻²⁰

As descrições de pensamento desagregado,^{4-6,9-10,12,14-15,19,28} dissociado,^{16,19,28} incoerente^{4-6,9-10,14,16,18} confuso,^{5,16} descarrilhado^{11,15,16,19-21} e disparatado,^{11,15,21} assim como de escapamento^{11,21} e de afrouxamento dos enlaces associativos¹⁹ são, na essência, idênticas. Há uma perda do sentido lógico

* Wernicke apud^{4,9}

** Ganser (1898) apud²²

na associação de idéias, com a formação de associações novas, que são incompreensíveis, irracionais e extravagantes. Como conseqüência, altera-se a sintaxe do discurso, que se torna incoerente, fragmentado e, muitas vezes, ininteligível. Bleuler diz que não é possível distinguir a dissociação, seu próprio conceito, do descarrilamento, de Schneider.¹⁶ Nobre de Melo, por sua vez, não vê diferença entre a desagregação, de Bleuler, e o disparatamento, de Schneider. E Alonso Fernández afirma haver uma identidade entre a desagregação e a incoerência.⁴ Apesar disso, alguns autores, de maneira não-uniforme, tentam estabelecer diferenças quantitativas^{14,19} ou qualitativas²¹ entre esses conceitos. Pio Abreu, por exemplo, refere que o pensamento desagregado representa uma desorganização mais intensa do que o pensamento incoerente¹⁴ e Dalgalarondo diz que afrouxamento, descarrilamento e desagregação constituem uma seqüência progressiva de gravidade.¹⁹ Por costume ou tradição, observa-se que, na prática, os termos desagregado, dissociado, descarrilado e disparatado são mais usados na esquizofrenia,^{4,19,21} enquanto que *incoerente* e *confuso* são empregados mais freqüentemente nos quadros de *delirium*.^{4-6,18}

A prolixidade caracteriza-se por um discurso tedioso, repleto de detalhes irrelevantes, no qual a idéia-alvo jamais é alcançada ou só o é tardiamente. Decorre de uma incapacidade de síntese, de distinguir o essencial do acessório.^{4-5,9-11,15,18-19} Alguns autores,^{20,22,30} alternativamente, utilizam o termo circunstancialidade com o mesmo significado. Outros falam em circunstancialidade e em tangencialidade, que seriam subtipos de prolixidade¹⁹ ou alterações do pensamento distintas desta.¹⁴ Já Hamilton coloca a prolixidade como uma variedade da fuga de idéias.²²

Vários autores^{15,19-22} consideram os conceitos de *idéia delirante* (ou *delírio autêntico*) e *delírio primário* como equivalentes; assim como os de *idéia deliróide* e *delírio secundário*. Outros^{5,21} não usam a expressão *delírio secundário*, mas diferenciam as idéias deliróides das delirantes de maneira idêntica: enquanto estas consistiriam em vivências patológicas primárias, aquelas seriam decorrentes de anormalidades de outras funções psíquicas, como a consciência, a sensopercepção e o humor. Todavia, Alonso Fernández utiliza outros critérios para essa distinção: as vivências delirantes representariam desvios qualitativos em relação ao normal, mas, no caso das vivências deliróides, a anormalidade seria meramente quantitativa.⁴ Já Cabaleiro Goas separa as idéias deliróides dos delírios secundários, afirmando que as primeiras seriam mais facilmente influenciáveis e corrigíveis, estariam relacionadas a uma convicção mais débil. Os delírios secundários, ainda segundo ele, poderiam ter as mesmas características observadas nos delírios primários, exceto por sua gênese.⁹ O conceito de *idéia deliróide* adotado por Jaspers e Nobre de Melo parece ser especialmente abrangente, pois nele se incluem, além daquilo que vários psicopatólogos chamam de *delírio secundário*, as idéias sobrevaloradas.^{15,21} Nestas, também conhecidas como idéias sobrevalentes,¹⁵ idéias prevalentes^{17,19} ou idéias errôneas por superestimação afetiva,¹⁵ o erro ocorre em função de uma carga afetiva muito intensa, que influencia o julgamento da realidade, tornando-o pouco racional. A idéia sobrevalorada, que pode ocorrer em pessoas normais – convicções políticas, científicas ou religiosas, por exemplo – e ainda em alguns transtornos mentais – como a hipocondria – ganha preponderância em relação às demais e orienta unilateralmente a conduta.^{5,9-10,13-16,20-22} Os demais autores,^{4-5,9-10,19-20,22} via de regra, distinguem as idéias sobrevaloradas das deliróides, inclusive Alonso

Fernández que, porém, afirma que algumas idéias sobrevaloradas, aquelas em que há um grau de convicção maior, poderiam ser classificadas como idéias deliróides.⁴

7. Vontade

Os termos *hipobulia* e *abulia* são amplamente utilizados nos textos de psicopatologia, com o significado de diminuição (e abolição) da energia, do sentimento de força, do vigor, da motivação, da espontaneidade, da iniciativa e da capacidade de decisão. Hipobulia e abulia são associados a vários transtornos mentais, especialmente à depressão.^{5,7,10,12,14-15,18-19,23} Contudo, o termo *hiperbulia* é menos freqüentemente encontrado e é definido de forma heterogênea: como aumento da “força de vontade” ou persistência,¹⁵ da capacidade de decisão,⁴ dos impulsos¹² ou do sentimento de força.⁶ Se hipobulia e hiperbulia são opostos, seria esperado que esta fosse associada à síndrome maníaca, o que porém só Sá e Roxo fazem.^{10,31}

8. Psicomotricidade

Diversos autores^{4-5,12,15-16,18,21,23} consideram *flexibilidade cerácea* e *cataplexia* como sinônimos. Porém, para outros,^{7-8,19,22,28} há uma clara distinção: embora em ambos os fenômenos haja rigidez muscular, somente no caso da flexibilidade cerácea essa rigidez é facilmente vencida. A cataplexia representa uma estereotipia de posição, posição esta que o doente espontânea e ativamente mantém. Já na flexibilidade cerácea, o examinador coloca um segmento do corpo do paciente – um membro, a cabeça ou o tronco – nas mais diversas posições e o paciente irá manter passivamente a postura corporal por bastante tempo, mesmo que esta seja desconfortável. O corpo do paciente é amoldável, como se fosse de cera. Em muitos livros de psicopatologia publicados em português,^{6-8,11,13-14,16,18,20-21,28} ao invés de *cerácea* – adjetivo relativo a *cera* –, encontramos o termo “*cérea*”, o qual, como nos alerta Nobre de Melo, não pertence à nossa língua.¹⁵ Diferentemente dos demais, Leme Lopes classifica a flexibilidade cerácea como uma forma de cataplexia.¹¹ Delgado, Nobre de Melo e Paim, por sua vez,^{5,15,18} citam Bumke, que afirma que o termo *flexibilidade cerácea* só seria adequado para os quadros de origem orgânica, sendo mais apropriada na esquizofrenia a expressão *pseudoflexibilidade cerácea*. Mas outros autores^{16,19,22} falam em flexibilidade cerácea também na esquizofrenia. Isolada é a posição de Vallejo Nágera, que refere que a pseudoflexibilidade cerácea se diferencia da flexibilidade cerácea por apresentar também um componente ativo na realização do movimento.¹²

9. Afetividade

Vários autores^{10,12,15,17-18} restringem a definição de hipertímia a uma alegria (ou irritabilidade) patológica, como a que ocorre na síndrome maníaca, reservando para os estados depressivos o termo *hipotímia*. Contudo, de acordo com Nobre de Melo, *hipertímia* e *hipotímia* “correspondem, respectivamente, ao aumento e à diminuição da intensidade e duração dos afetos”¹⁵ e, coerentemente com essas definições, Alvim, citado por Sá, defende que o termo *hipertímia* seja o mais adequado para designar um estado de exaltação afetiva, seja para o pólo da alegria ou para o pólo da tristeza.^{10,32}

10. Consciência do eu

A consciência da existência do eu, conceito criado por Schneider, foi considerada por Jaspers como um subtipo da consciência da atividade do eu.^{21,24} Era, chamada por Scharfetter

de consciência da vitalidade do eu, representa a consciência de estar vivo, de existir plenamente e de estar fisicamente presente, estando relacionada aos sentimentos vitais.⁷ Vários psicopatólogos^{4,7,9,18,20-22,24} falam em diminuição da consciência da existência do eu, que é relacionada à depressão e à esquizofrenia, mas só Scharfetter e Cabaleiro Goas fazem referência a um aumento da mesma, observado na mania.^{7,9}

O termo *transitivismo*, introduzido por *Wernicke, em geral é usado para designar uma alteração da consciência dos limites do eu em que o indivíduo atribui vivências que na verdade são suas – como sentimentos, pensamentos, ou alucinações – a uma outra pessoa ou a um animal.^{5,7,15-16} Pio Abreu, contudo, chama isto de *projeção*, empregando o termo *apropriação* para o fenômeno oposto, ou seja, quando o que acontece com os objetos inanimados ou com as outras pessoas é experimentado pelo doente como uma vivência própria. Para Pio Abreu, tanto a projeção com a apropriação são formas de transitivismo.¹⁴ Paim, por sua vez, usa *transitivismo* com um significado mais genérico, equivalente ao conjunto de alterações da consciência dos limites do eu.¹⁸ E, finalmente, Alonso Fernández define *transitivismo* como “a falta de capacidade para distinguir entre os processos psíquicos internos e a sensopercepção do exterior”.⁴

Discussão

O desenvolvimento de métodos complementares de investigação diagnóstica cada vez mais precisos parece estar causando certa desvalorização da semiologia na prática médica. Muitos cardiologistas, por exemplo, já não auscultam o coração de seus pacientes e logo solicitam um ecocardiograma. Particularmente na psiquiatria, boa parte dos médicos, principalmente os mais jovens, hoje em dia pouco se interessa pelo estudo da psicopatologia descritiva, apresentando um raciocínio mais ou menos assim: “é perda de tempo distinguir-se uma idéia delirante de uma idéia deliróide, ou uma alucinação verdadeira de uma pseudo-alucinação, já que os antipsicóticos irão atuar sobre esses sintomas do mesmo jeito”.

De acordo com Berrios e Chen, o surgimento dos sistemas classificatórios psiquiátricos modernos – do RDC e do DSM-III à CID-10 e o DSM-IV –, com critérios diagnósticos operacionais, levou a uma ênfase excessiva no diagnóstico nosológico e na sua fidedignidade, em detrimento de questões relativas ao reconhecimento das alterações psicopatológicas, que são definidas de forma imprecisa e ambígua.^{1-2,33-35} Apesar disso, segundo Bastos, as listas de sintomas e glossários desses manuais diagnósticos freqüentemente são usados por iniciantes em substituição aos livros de semiologia e de psicopatologia descritiva.³⁶

Em psiquiatria, na grande maioria dos casos, os exames complementares por enquanto são pouco úteis para a formulação do diagnóstico. Este é eminentemente clínico. Daí a importância fundamental da semiologia psiquiátrica e da psicopatologia.³⁷ Andreasen lamenta o pouco interesse na psicopatologia descritiva por parte dos norte-americanos, mas ressalta a tradição dos europeus nessa área.³⁸ Segundo ela, de nada adiantará para a psiquiatria todo o progresso que se anuncia nos estudos genéticos e neurocientíficos se não ocorrer o mesmo com a psicopatologia. Afinal, explicação e descrição se complementam: só pode vir a ser explicado o que antes foi descrito.

Na psicopatologia descritiva, o estudo dos termos e conceitos é fundamental. A detecção de suas incongruências é um pré-requisito para que se busque uma maior uniformidade, o que pode representar um avanço para essa disciplina.

Como vimos, diferentes termos são utilizados para designar um mesmo conceito. Exemplos disso foram: jargonofasia, esquizofasia, salada de palavras, etc.; prolixidade e circunstancialidade; transitivismo e projeção. Ocorre o mesmo em relação aos estados de rebaixamento da consciência, aos distúrbios qualitativos da atenção e aos distúrbios formais do pensamento em que há perda do nexos lógico entre as idéias. Os distúrbios qualitativos da atenção são aqueles em que a tenacidade e a vigilância se alteram em sentidos opostos. Um dos termos empregados para caracterizar a situação de hipervigilância com hipotenacidade é “distraibilidade”, palavra esta que não existe na língua portuguesa. Quando aos estados de diminuição do nível da consciência são classificados em função da presença ou não de sintomas psicóticos, também não há uma uniformidade terminológica. No entanto, parece ser útil uma classificação dos quadros de *delirium* com base em sua expressão fenomenológica, pois se acredita que haja algum tipo de relação entre esta e a sua etiopatogenia.³⁹

Por outro lado, também acontece de um mesmo termo ou expressão psicopatológica ser usado com significados diferentes, como são os casos de obnubilação, vigilância, hiperprosexia, distração, pseudo-alucinação, alucinose, paramnésia, para-resposta, idéia deliróide, hipertímia e transitivismo. O termo *hiperprosexia* poderia ser excluído do vocabulário psicopatológico, não só em função de sua ambigüidade, mas também porque ele só seria adequado para designar estados em que houvesse um aumento global da atenção, o que não é possível na prática, pois tenacidade e vigilância (mobilidade da atenção) nunca se encontram simultaneamente exacerbadas. Para Denning e Berrios, conceitos definidos negativamente, como o de pseudo-alucinação, são considerados fracos, pois dependem da validade e da fidedignidade de outros, no caso, do conceito de alucinação.⁴⁰ Em virtude do duplo significado de alucinose, é comum que na alucinose alcoólica as falsas percepções sejam erroneamente classificadas como alucinoses, ao invés de alucinações verdadeiras.¹⁹ Na origem da costumeira vinculação entre *hipertímia* e mania pode haver a influência de Schneider que, entre as personalidades psicopáticas, incluiu as hipertímicas, que ele descreveu como caracterizadas por “humor básico alegre, temperamento vivo (sangüíneo) e uma certa atividade”.²⁴ A posição de Alvim, que admite o termo *hipertímia* para designar a exaltação afetiva independentemente se o humor é alegre ou triste, é bastante defensável, pois, de fato, parece contraditório qualificar de hipotímia a alteração do afeto num quadro depressivo grave, no qual a tristeza é muito intensa e prolongada. Na depressão, o que se encontra diminuída é a vontade (hipobulia), a energia vital, e não a intensidade da expressão afetiva. Se chamamos de hipotímia a tristeza do deprimido, estamos aproximando-a da atímia – ou embotamento afetivo –, que se observa, por exemplo, na esquizofrenia.³²

Outras formas de divergência foram encontradas. As expressões *alucinação de memória*, *fabulação* e *paramnésia*, dependendo do autor, são equivalentes ou representam altera-

* Wernicke apud^{14,18}

ções psicopatológicas distintas, sendo que algumas vezes uma delas é considerada uma forma especial de outra. Afirmações semelhantes podem ser feitas também em relação a *prolixidade*, *circunstancialidade* e *tangencialidade*, e em relação a *flexibilidade cerácea* e *cataplexia*. A distinção feita por Bumke entre *flexibilidade cerácea* e *pseudoflexibilidade cerácea*, por sua vez, é muito criticável, por se basear numa diferenciação etiológica e não realmente descritiva. Por fim, parece pouco adequada a inclusão do roubo, da imposição, da divulgação e da sonorização do pensamento entre as alterações do pensamento, assim como da pareidolia entre as formas de ilusão. E a idéia de um aumento global da consciência de fato não encontra respaldo na observação clínica.

Algumas limitações podem ser apontadas em relação a este estudo. As fontes bibliográficas utilizadas, restritas aos acervos de apenas duas bibliotecas, estão muito longe de serem representativas da literatura internacional no campo da psicopatologia descritiva. Com certeza, importantes livros, assim como artigos de periódicos, ficaram de fora desta revisão. No entanto, somente com a bibliografia pesquisada, que incluiu autores reconhecidamente de grande prestígio, foi possível identificar vários pontos de discordância quanto a termos e conceitos centrais da psicopatologia. Por outro lado, essas bibliotecas são de universidades que contam com tradicionais programas de residência-médica e especialização em psiquiatria. Dessa forma, o exame dos livros dessas bibliotecas traz algumas informações sobre como tem sido o estudo da psicopatologia por parte dos iniciantes em psiquiatria nessas instituições nas últimas décadas.

Com esta revisão, não se pretendeu evidenciar todos os pontos de divergência entre os autores na área de psicopatologia descritiva. O objetivo foi demonstrar que esses pontos existem e que não se limitam a questões periféricas da linguagem psicopatológica. Foram aqui apresentadas apenas algumas das discordâncias, as que pareceram mais significativas entre as encontradas; mas, obviamente, outros autores poderiam fazer uma seleção bem diferente.

Conclusão

Faltam universalidade e uniformidade a alguns dos mais importantes conceitos e termos da psicopatologia descritiva. Comparando-se importantes textos, observa-se que: um mesmo termo é utilizado com diferentes sentidos pelos diversos autores; determinados conceitos são considerados por alguns autores mas ignorados por outros; e um mesmo conceito é designado por termos diferentes. Essa falta de consenso, que afeta alguns dos principais tópicos em psicopatologia, irá inevitavelmente se refletir em qualquer discussão de um caso clínico, prejudicando qualquer argumentação, pela ausência de uma linguagem comum. Torna-se assim imperativo um estudo aprofundado das obras dos mais importantes autores em psicopatologia para que, a partir da observação do que há em comum entre elas e de suas divergências, possa ser produzida uma síntese e uma revisão crítica dos principais conceitos e se alcance uma maior uniformização da terminologia.

Referências

1. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
2. Manual de diagnóstico e estatística de transtornos mentais: DSM-IV. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
3. Berrios GE. Phenomenology and psychopathology: was there ever a relationship? *Compr Psychiatry*. 1993;34(4):213-20.
4. Alonso-Fernández F. Fundamentos de la psiquiatria actual. 3ed. Madrid: Paz Montalvo; 1976.
5. Delgado H. Curso de psiquiatria. 5ª ed. Barcelona: Científico-Médica; 1969.
6. Motta T, Wang Y, Del-Sant R. Funções psíquicas e sua psicopatologia. In: Louzã-Neto MR, Motta T, Wang Y, Elkis H, editores. *Psiquiatria básica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 33-52.
7. Scharfetter C. Introdução à psicopatologia geral. 2ª ed. Lisboa: Climepsi; 1999.
8. Ey H, Bernard P, Brisset C. Manual de psiquiatria. 5ª ed. Rio de Janeiro: Masson do Brasil; 1988.
9. Cabaleiro-Goas M. Temas psiquiátricos: algunas cuestiones psicopatológicas generales. Madrid: Paz Montalvo; 1966.
10. Sá Jr LSM. Fundamentos de psicopatologia: bases do exame psíquico. Rio de Janeiro: Latheneu; 1988.
11. Leme-Lopes J. Diagnóstico em psiquiatria. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1980.
12. Vallejo-Nágera A. Propedéutica clínica psiquiátrica. 2ª ed. Madrid: Labor; 1944.
13. Portella-Nunes E, Bueno JR, Nardi AE. Psiquiatria e saúde mental. Rio de Janeiro: Atheneu; 1996.
14. Pio-Abreu JL. Introdução à psicopatologia compreensiva. 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1997.
15. Nobre-de-Melo AL. Psiquiatria. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1981.
16. Bleuler E. Psiquiatria. 15ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1985.
17. Alves-Garcia J. Compêndio de psiquiatria. Rio de Janeiro: A casa do livro; 1942.
18. Paim I. Curso de psicopatologia. 11ª ed. São Paulo: Ed. Pedagógica e Universitária; 1998.
19. Dalgarrondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
20. Sims A. Sintomas da mente: introdução à psicopatologia descritiva. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
21. Jaspers K. Psicopatologia geral. Rio de Janeiro: Atheneu; 1987.
22. Hamilton M. Fish's clinical psychopathology: signs and symptoms in psychiatry. Bristol: John Wright & Sons; 1974.
23. Sadock BJ. Signs and symptoms in psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 677-89.
24. Schneider K. Psicopatologia clínica. São Paulo: Mestre Jou; 1978.
25. Luria AR. Curso de psicologia geral: atenção e memória. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1979.
26. Kraupl-Taylor F. Descriptive and developmental phenomena. In: Shepherd M, Zangwill OL, editors. *Handbook of psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press; 1983. p. 59-94.
27. Ey H. *Traité des hallucinations*. Paris: Masson; 1973.
28. Bastos CL. Manual do exame psíquico: uma introdução prática à psicopatologia. Rio de Janeiro: Revinter; 1997.
29. Mayer-Gross W, Slater S, Roth M. *Psiquiatria clínica*. São Paulo: Mestre Jou; 1969.
30. Mackinnon RA, Yudofsky SC. A avaliação psiquiátrica na prática clínica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
31. Roxo H. Manual de psiquiatria. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara ; 1946.
32. Alvim CF. Vocabulário de termos psicológicos e psiquiátricos. Belo Horizonte: Sociedade Pestalozzi de Minas Gerais; 1971.
33. Berrios GE, Chen EY. Recognising psychiatric symptoms. Relevance to the diagnostic process. *Br J Psychiatry*. 1993;163:308-14.
34. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1978;35(6):773-82.
35. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III*. 3th ed. Washington DC: APA; 1980.
36. Bastos O. O explicar, o compreender e o interpretar em psicopatologia e psiquiatria. *Neurobiologia*. 2002;65(1):69-72.
37. Bastos O. Psicopatologias redivivas [editorial]. *Neurobiologia*. 2002;65(1):57.
38. Andreasen NC. Understanding schizophrenia: a silent spring? [editorial]. *Am J Psychiatry*. 1998;155(12):1657-9.
39. Coulson BS, Almeida OP. Delirium: além do diagnóstico clínico. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(Suppl 1):28-33.
40. Dening TR, Berrios GE. The enigma of pseudohallucinations: current meanings and usage. *Psychopathology*. 1996;29(1):27-34.