

Índice

Lista de Autores	VII
Agradecimentos	IX
Prefácio.....	XI
<i>José Luís Pio Abreu</i>	
Lista de Siglas/Abreviaturas	XIII
I. Psicopatologia: passado, presente e futuro	1
<i>Diogo Telles Correia e Daniel Sampaio</i>	
Perguntas de revisão	15
II. Semiologia psicopatológica	19
<i>Diogo Telles Correia, Diogo Frاسquillo Guerreiro e António Barbosa</i>	
Perguntas de revisão	92
III. Entrevista e história psiquiátricas	97
<i>Diogo Telles Correia, Filipa Novais e Marco Paulino</i>	
Perguntas de revisão	141
IV. Classificações em psiquiatria	145
<i>Cassilda Costa, Licínia Ganança, Rui Coelho e Diogo Telles Correia</i>	
Perguntas de revisão	179
V. Alterações psicopatológicas nas perturbações mentais orgânicas ou induzidas por estados físicos gerais – o diagnóstico diferencial	183
<i>Joaquim Cerejeira e Luísa Lagarto</i>	
Perguntas de revisão	219
Soluções	223
Índice Remissivo	227

Lista de Autores

COORDENADOR/AUTOR

DIOGO TELLES CORREIA

Médico Especialista em Psiquiatria; Professor associado com agregação e Diretor da Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, onde leciona, entre outras disciplinas, Psiquiatria e Psicopatologia; Assistente graduado do Departamento de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria; leciona Psiquiatria Forense na Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa e Psicopatologia no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro; autor de mais de 100 artigos e capítulos científicos internacionais e nacionais e coordenador de vários livros técnicos, a maioria na área da Psicopatologia.

AUTORES

ANTÓNIO BARBOSA

Médico Especialista em Psiquiatria; Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL); Ex-Diretor da Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia da FMUL.

CASSILDA COSTA

Médica Especialista em Psiquiatria; Assistente Convidada de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP).

DANIEL SAMPAIO

Médico Especialista em Psiquiatria; Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL); Ex-Diretor da Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia da FMUL.

DIOGO FRASQUILHO GUERREIRO

Médico Psiquiatra; Doutorando e Assistente de Psiquiatria na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL).

FILIPA NOVAIS

Médica Assistente de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN), EPE; Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL).

JOAQUIM CEREJEIRA

Assistente de Psiquiatra no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), EPE; Professor Auxiliar Convidado de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC).

LICÍNIA GANANÇA

Médica Assistente de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN), EPE; Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL).

LUÍSA LAGARTO

Médica Interna de Psiquiatria; Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), EPE.

MARCO PAULINO

Médico Psiquiatra; Doutorado em Psiquiatria; Professor Auxiliar Aposentado da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL); Chefe de Serviço do Departamento de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN), EPE.

RUI COELHO

Médico Especialista em Psiquiatria; Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP); Ex-Diretor da Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia da FMUP; Chefe de Serviço de Psiquiatria no Hospital de S. João – Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), EPE; Professor Associado e Agregado de Psiquiatria da FMUP.

Prefácio*

A cirurgia domina, hoje, a medicina, apesar de só ter entrado nos estudos médicos a partir do século XVII. O ponto de viragem deu-se após a publicação de *A sede e a causa das doenças demonstradas pela anatomia patológica*, por Morgagni, em 1761. A verificação e estudo da evolução das zonas anatómicas submetidas a uma alteração patológica facilitou imenso a terapêutica e o estudo das doenças humanas. Assim como a cirurgia se baseava na anatomia, a medicina baseava-se na dinâmica do funcionamento corporal humano, estudada pela fisiologia, e seus descontrolos patológicos, estudados pela fisiopatologia.

Quando a psiquiatria entrou nas escolas médicas, já no século XIX, a sua disciplina básica – a psicologia – era ensinada nas escolas de filosofia e mal aceite pelos médicos. Mas, à semelhança dos outros ramos, a psiquiatria necessitava de estudar os seus processos patológicos, de estabelecer a sua psicopatologia, digamos assim. Socorreu-se então da anatomia patológica e, mais recentemente, do condicionamento, uma subespecialização da fisiologia. Seria, porém, mais natural que fosse a psicologia a base da nova disciplina, e esse esforço foi feito por Théodule Ribot, um filósofo positivista (discípulo de Stuart Mill) cofundador e promotor da psicologia, que aconselhava os iniciados na nova disciplina a estudarem medicina, não com objetivos terapêuticos, mas apenas para melhor conhecerem o funcionamento do psiquismo a partir do que era diferente, seguindo a sugestão de Wundt. Foi sob esse desígnio que ele escreveu, entre 1881 e 1885, *Les maladies de la mémoire*, *Les maladies de la personnalité* e *Les maladies de la volonté*. Estes livros, bem como os trabalhos posteriores dos psicólogos associacionistas, marcaram profundamente, se não a psicopatologia, pelo menos a semiologia psiquiátrica.

Já com a sua disciplina reconhecida, mas com pouco que fazer senão acompanhar e observar os seus doentes, os psiquiatras dedicaram-se à descrição de diversas doenças e seus sintomas.

Mas foi a partir do início do século XX que a nosologia psiquiátrica adquiriu algum consenso, sob impulso de Kraepelin, por um lado, e de Freud, por outro. Qualquer destes autores e seus discípulos nos legariam minuciosas descrições sintomatológicas que, correlacionadas com as histórias clínicas dos doentes, permitiam algumas interpretações psicopatológicas. Elas tornaram-se então abundantes, mas sem uma coerência ou consensualidade que permitisse a fundação de uma disciplina autónoma ligada à patologia psiquiátrica. Foi neste estado de coisas que Karl Jaspers, um médico com sólida formação filosófica, passou pela psiquiatria e nos legou a sua *Psicopatologia geral*.

Em muitos aspetos, Jaspers aceitou a visão positivista da semiologia psiquiátrica e trabalhou sobre a quantificação da memória e inteligência, a que chamou rendimentos. Aceitou também a possibilidade de alguns sintomas e doenças se explicarem por modelos ou teorias diversas, reservando a designação de psicopatologia explicativa para esses nexos de causalidade. Mas a sua originalidade foi recorrer às noções filosóficas de intencionalidade e significação para estabelecer uma psicopatologia compreensiva, a que se tem atribuído uma raiz fenomenológica, não obstante a distinção entre “explicativa” e “compreensiva” ter sido retirada de Max Weber. A literatura anglo-saxónica, pouco familiarizada com a fenomenologia – aliás desconfiando dela –, traduziu psicopatologia compreensiva por psicopatologia descritiva. Esta diferença semântica retirou, porém, muita da riqueza conceptual de Jaspers. Aliás, *comprehensive* em inglês tem uma conotação de inclusividade, mais próxima do pensamento de Heidegger, mas não de “empatia”, como indicariam Jaspers e a maior parte dos psicopatologistas alemães, franceses e ibéricos. A tradução inglesa mais correta de “compreensiva” (*Verstehen*) é *understandable*.

Em boa verdade, e apesar da fundamentação filosófica, Jaspers não fez senão explicitar o raciocínio de cada psiquiatra perante o seu doente.

A descrição dos sintomas é decisiva, mas não é tudo. Colocando-se empaticamente no lugar do seu paciente, o psiquiatra também procura descobrir nexos de causalidade (motivos) entre vivências e sintomas (compreensão genética) sem ter de recorrer a teorias explicativas. Por pouco científica ou demasiado filosófica que esta atitude possa ser, ela está na base do entendimento humano e tem sido recentemente valorizada por neurocientistas (Timothy Crow), psicólogos (Simon Baron-Cohen) e filósofos da mente (John Searle e Daniel Dennett), todos eles insuspeitos de contaminação fenomenológica. Este é o modo natural pelo qual os humanos lidam entre si, e também a primeira abordagem do psiquiatra na ânsia de entender a gênese das dificuldades do seu doente, ou seja, a sua psicopatologia. A leitura de Jaspers e dos psicopatologistas clássicos do seu tempo está repleta de indicações que muito ajudam este entendimento.

Porém, o raciocínio psicopatológico dos psiquiatras contemporâneos vai muito para além da psicopatologia compreensiva. Os grandes instrumentos terapêuticos são os psicofármacos, pelo que algum raciocínio neuroquímico se torna necessário. Além disso, as neurociências, sobretudo através da imagiologia computadorizada, têm fornecido numerosos dados que não se podem desprezar no raciocínio psicopatológico. A tarefa é tão complexa que se torna quase impossível, mas constitui o grande desafio que hoje se coloca aos psiquiatras informados e competentes. Para já, a maior parte dos dados conhecidos são empíricos e carecem de um modelo global que lhes dê coerência. Diversos modelos têm sido propostos, mas não se ligam entre si. A solução pode ser optar por um deles, mas teremos então cada psiquiatra a pensar de uma forma diferente, apesar de poderem consensualizar os sintomas, diagnósticos e mesmo terapêuticas e prognósticos, que têm sido estudados empiricamente. Mas a psicopatologia – o conhecimento da cadeia de acontecimentos relacionais, comportamentais, cerebrais e neuroquímicos que leva às doenças mentais – está por fazer. Por isso, qualquer reflexão ou discussão que tenha por base a psicopatologia, como é o caso deste livro, é bem-vinda.

O primeiro capítulo, a propósito da psicopatologia descritiva (ou compreensiva) é um contributo a esta discussão, introduzindo o modelo de Cambridge numa tentativa de abarcar os dados das neurociências. Tratando-se porém de um

modelo hipotético, exterior à compreensão, ele não deixa de pertencer à psicopatologia explicativa, embora se procure adequar às descrições sintomatológicas. O segundo capítulo trata da semiologia psiquiátrica, a construção psicopatológica que adquiriu maior consensualidade e que é ainda a base do conhecimento psiquiátrico. O terceiro capítulo, também consensual, ensina a metodologia médica para a colheita dos sintomas e estabelecimento do diagnóstico: a história clínica. Apesar das suas especificidades, a história clínica, comum a toda a atividade médica, é a marca da ligação da psiquiatria ao modelo médico. O quarto capítulo descreve a história e o estado atual dos sistemas classificativos oficiais em psiquiatria: o DSM e a CID. O último capítulo, a propósito das manifestações psiquiátricas das doenças físicas e orgânicas, aborda diversas explicações para síndromes psiquiátricas específicas. Esta perspectiva, que beneficia de minuciosos estudos, é decisiva para a psicopatologia, pois engloba uma das suas partes: como é que o cérebro afeta o comportamento. Para completar o arco da psicopatologia falta, porém, a outra parte, que é saber como é que o comportamento afeta o cérebro.

Este livro não resolve os arcos de causalidade nem os enigmas da psicopatologia. Nem os podia resolver, pois lidamos com uma mente que ninguém consegue esclarecer, aprisionados que estamos numa estrutura conceptual dualista herdada de Descartes. Mas constitui uma base de partida para que lá possamos chegar com dados atuais. E é, sobretudo, um livro útil. Aliás, um livro que reúne a informação indispensável a qualquer médico que se queira lançar na prática da clínica psiquiátrica.

José Luís Pio Abreu
Professor Associado e Regente
de Psiquiatria da Faculdade de Medicina
da Universidade de Coimbra

Psicopatologia: passado, presente e futuro

Diogo Telles Correia e Daniel Sampaio

INTRODUÇÃO

Nos últimos tempos a psiquiatria tem dado uma importância primordial à construção de sistemas de classificação categórica nomeadamente o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) e a Classificação Internacional das Doenças (CID) que permitam a elaboração de diagnósticos de grande fiabilidade. Esta postura descurou a importância do papel fundamental do reconhecimento e descrição dos sinais e sintomas da doença mental.

Por outro lado, também a utilização crescente de escalas e questionários a que hoje em dia se assiste (muitas vezes aplicados por técnicos indiferenciados), que resultam de uma transposição linear dos textos psicopatológicos para uma semiologia ingénua, veio enfraquecer a pesquisa semiológica atual^[1].

Estas atitudes, que visam simplificar o reconhecimento de sintomas mediante definições operativas dos mesmos, consideram erradamente que a psicopatologia é um instrumento transparente e que os sintomas são entidades estáveis ao longo do tempo. Esta ideia não é correta, e já Jaspers considerava a psicopatologia como uma entidade dinâmica e em contínua evolução^[2].

De facto, os sintomas psiquiátricos são constructos teóricos criados em resultado de uma convergência entre um comportamento, um termo, e um conceito (que tenta explicar as bases teóricas que estão na base do comportamento). Enquanto nos primórdios da história da psicopatologia estas categorias teóricas resultavam de um esforço individual que originava esta convergência, nos dias de hoje são resultado de um esforço coletivo. A estabilidade de uma categoria clínica depende da qualidade da sua convergência original. Com efeito, algumas destas convergências mantêm-se ao longo do tempo e outras perdem-se na história. Infelizmente, na psiquiatria moderna pode passar-se a ideia de que as categorias que sobrevivem sempre estiveram presentes e que não foram construídas, mas sim descobertas. Porém, estas não são mais do que processos de convergência que podem ser questionados à luz das novas evidências^[3].

Hodiernamente, numa tentativa de rever os métodos psicopatológicos atuais, que se têm mostrado desadaptados às necessidades clínicas e de investigação, tem havido uma tentativa de regressar ao sintoma e às suas raízes históricas.

DEFINIÇÃO DE PSICOPATOLOGIA E SUAS VERTENTES

O termo “psicopatologia” é de origem grega – *psiché*, alma e patologia. Traduzido em sentido literal significa “patologia do espírito”.

É provável que a origem do termo esteja ligada a Jeremy Bentham, juriconsulto e filósofo inglês (Londres, 1748-1832), que, ao preparar uma lista das motivações humanas, reconheceu a necessidade da organização de uma *psychological pathology*^[4].

Com o correr do tempo, os autores empregaram várias expressões para designar esta disciplina. Aludiram a psicopatologia, psicopatologia geral, psicologia anormal, psicologia da anormalidade e psicologia do patológico. O termo mais empregue e amplamente aceite é “psicopatologia”^[4].

Segundo Sims, o termo “psicopatologia” corresponde ao estudo sistemático das vivências, cognições e comportamentos que são produto de uma mente perturbada^[5].

Ao longo da evolução do termo, foi usado sob duas vertentes: psicopatologia explicativa e psicopatologia descritiva (Figura I.1). Enquanto a primeira inclui explicações com base em constructos teóricos (por exemplo, psicodinâmicos ou cognitivo-comportamentais), a segunda refere-se apenas à descrição precisa e à categorização das manifestações psicopatológicas objetivas (fenômenos objetivos) observadas diretamente pelo clínico – comumente

denominadas de sinais – e subjetivas (fenômenos subjetivos) verbalizadas pelo doente – comumente denominados de sintomas.

De acordo com Berrios, a psicopatologia descritiva (PD) pode ser definida como um conjunto sistemático de princípios gerais, enunciados descritivos e regras de aplicação, cuja função é a descrição e captura de aspectos do comportamento que se assumem resultar de uma disfunção psíquica ou orgânica^[6].

Entre os aspectos que limitam o desenvolvimento da PD destacam-se:

- A introspeção e observação – fontes para a captação dos fenômenos psíquicos – estão sujeitas a múltiplas condicionantes devido ao seu caráter subjetivo;
- Nos fenômenos psicopatológicos coexistem dois fatores: o biológico e o psicossocial que lhes conferem uma dimensão individual/cultural;
- Escassa correlação, até ao momento, dos sintomas e dos estados psíquicos com a base biológica que os sustenta;
- O Homem é o objeto e o sujeito que intervêm na captação do fenômeno psicopatológico^[7].

Porém, a evolução da psicopatologia descritiva tem-se sustentado em vários postulados:

- Estabilidade das manifestações psicopatológicas;
- Associação duradoura entre as entidades nosológicas e as manifestações que lhe servem de diagnóstico;

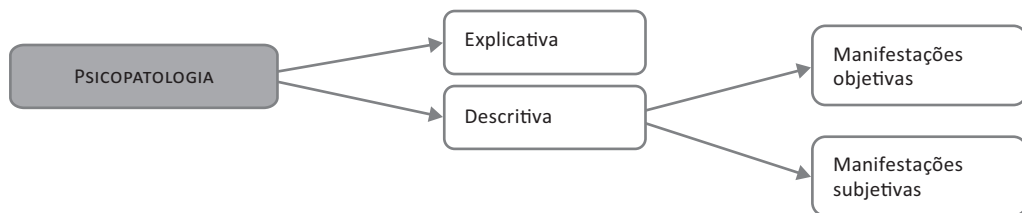


Figura I.1 • Vertentes da psicopatologia.



Vinheta Clínica 1

Estado confusional agudo (*Delirium*)

Homem, 81 anos, viúvo, levado pela família ao serviço de urgência.

- **Antecedentes:** hipertensão arterial, dislipidemia e depressão *major*. Medicado com anti-hipertensor, antidislipidémico e antidepressivo inibidor seletivo da recaptação da serotonina. Segundo a família, há três dias o doente apresenta-se agitado, diz “coisas sem nexo”, não dorme à noite e não reconhece os familiares. Estaria autónomo até ao começo dos sintomas, vivendo sozinho, tratando da sua alimentação e fazendo as suas compras.
- **Observação:** Desorientado no tempo e no espaço, alternando períodos de obnubilação com agitação psicomotora e agressividade verbal. Referia estar a ver “pessoas que o queriam matar” – alucinações visuais – e que “estas pessoas queriam ficar com a sua casa” – delírio persecutório. Apresentava valores elevados de tensão arterial e taquicardia. Estava febril, apresentava sudorese generalizada e dor a nível lombar.
- **Analicamente:** Leucocitose com neutrofilia, elevação da PCR e da velocidade de sedimentação (VS). Elevação dos valores de função renal. Exame sumário de urina revelava padrão consistente com infeção urinária. Restantes análises sem alterações.
- **Evolução:** Foi internado em serviço de Medicina Interna com a hipótese de pielonefrite aguda, medicado com antibioterapia endovenosa e haloperidol em SOS. O quadro reverteu progressivamente nos dias seguintes, tendo o doente regressado ao seu funcionamento de base sem qualquer psicopatologia residual.



Vinheta Clínica 2

Delirium tremens

Mulher, 60 anos, casada, levada pelo marido ao serviço de urgência.

- **Antecedentes:** Depressão *major* há um ano após situação de desemprego, sem seguimento ou medicação. Sem outros antecedentes relevantes.
- Segundo o marido, há um ano “que andava muito em baixo”, recusava fazer tratamento e passava os dias fechada em casa. Este referiu também que a mulher tinha hábitos etanólicos desde jovem “bebe muito, especialmente quando está mais ansiosa”; nos últimos anos bebia todos os dias, “começava logo de manhã”, apresentava tremor matinal, sudorese noturna e “estava cada vez mais descontrolada e a beber cada vez mais”. O marido diz que quis “por um ponto final” e tirou-lhe todas as bebidas há dois dias.
- **Observação:** Desorientada no tempo e no espaço, com agitação psicomotora marcada. Apresentava tremor generalizado e sudorese. Gritava “tirem-me estes bichos de cima” – zoopsias. Apresentava taquicardia marcada e estava apirética.
- **Analicamente:** Elevação dos valores dos marcadores de lesão hepática. Restantes análises sem alterações. Ecografia hepática: Revelou esteatose hepática.
- **Evolução:** Foi internada no SO do serviço de urgência com a hipótese de “abstinência alcoólica”. À entrada faz crise convulsiva generalizada. Foi medicada com tiamina intramuscular (IM) e diazepam em dose elevada. O quadro reverteu progressivamente nos dias seguintes, sendo possível reduzir de forma progressiva a dose de diazepam. Foi referenciada às consultas de alcoologia e hepatologia. Saiu medicada com vitaminas do complexo B, antidepressivo e benzodiazepina para regulação do sono.

Nota Histórica 1

Estado oniroide

Fish inclui dentro da categoria do “estado oniroide”, o *delirium* e o *delirium tremens*. Outros autores como Sims descrevem estes estados em categorias distintas ressaltando o facto de ser difícil a sua distinção. Aqui optou-se pela divisão de Fish^[3].

Restrição da consciência e dissociação

Gastó (2002) refere que os termos “restrição da consciência” e “perturbação dissociativa” se referem ao mesmo conceito (em que há uma rutura da continuidade do fluxo normal das ideias, pensamento, percepções, entre outros, associados a comportamentos aparentemente normais). Este autor defende ainda que Fish terá preferido o termo “restrição da consciência” porque o termo “dissociação” sugere a participação de forças dinâmicas inconscientes. Por outro lado, o termo “dissociação” implica “divisão” e pode confundir-se com os processos de excisão real de ambos os hemisférios^[4].

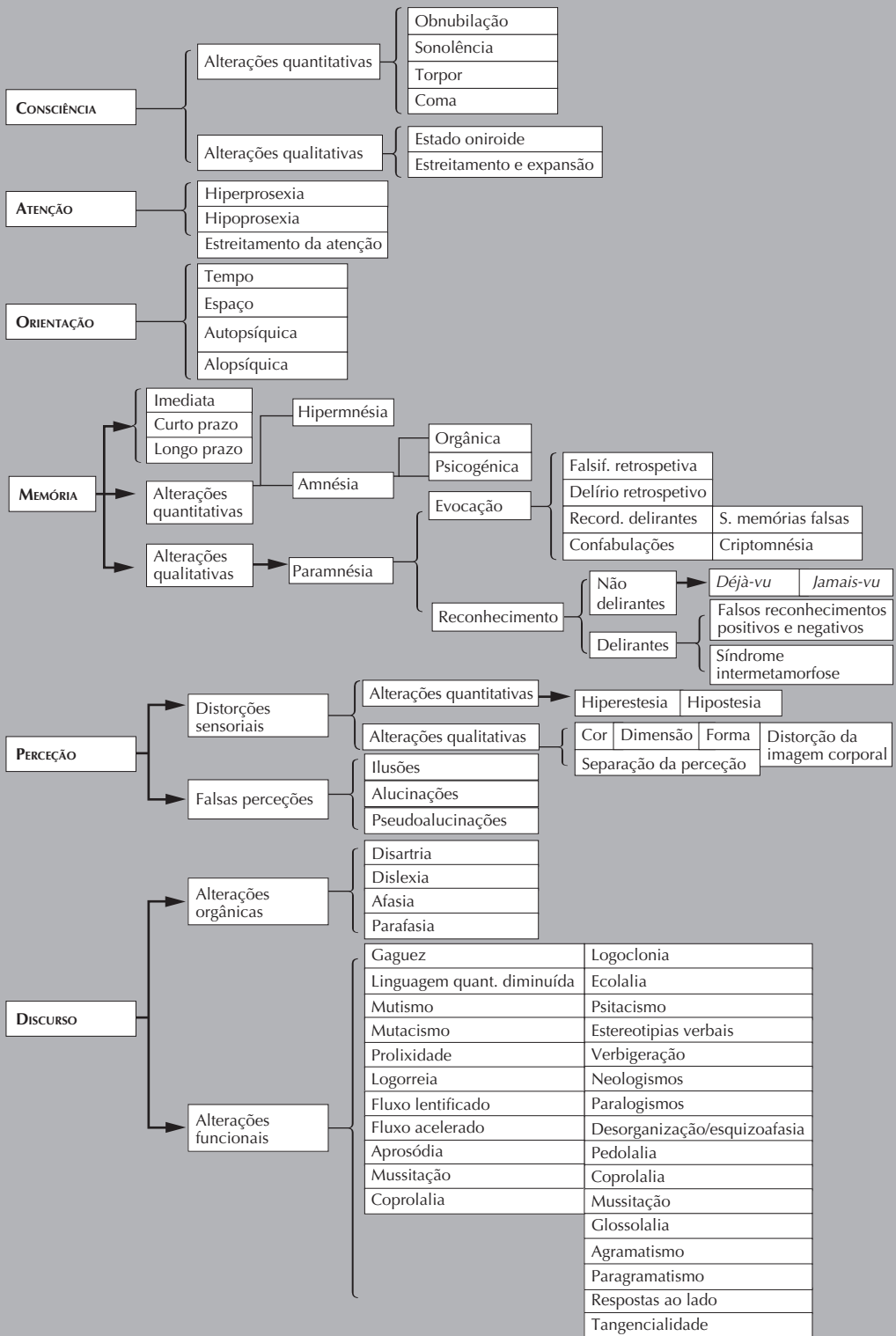
Já o DSM-IV conservou o termo “dissociação” definindo-o como uma disfunção das funções normalmente integradas da consciência, memória, identidade ou percepção, e subdividindo as perturbações dissociativas em vários subtipos: amnésia dissociativa, fuga dissociativa, perturbação dissociativa da identidade, perturbação de despersonalização; sem outra especificação, no capítulo das Perturbações Dissociativas^[5]. Na CID-10 e CID-11 a dissociação surge no capítulo das Perturbações Dissociativas, sendo estas definidas no CID-10 como situações em que há uma perda parcial ou completa da integração normal entre as memórias do passado, consciência de identidade e sensações imediatas e controlo dos movimentos corporais^[6]. No CID-11, rutura ou descontinuidade involuntária na integração normal de um ou mais dos seguintes: identidade, sensações, percepções, afetos, pensamentos, memórias, controlo sobre movimentos corporais ou comportamento^[7].

Estado crepuscular

Segundo Fish (1967), o termo “estado crepuscular”, introduzido por Westphal (1915), corresponde a um tipo de restrição da consciência e descreve condições nas quais houve uma restrição mórbida da consciência com uma rutura na continuidade da mesma e um comportamento bem organizado. Segundo este autor, o termo tem sido aplicado em qualquer condição em que há uma restrição real ou aparente da consciência, de modo que foram descritos estados crepusculares simples, alucinatórios, perplexos, excitados, expansivos, psicomotores e orientados. Embora Fish descreva que é na epilepsia que estes estados ocorrem com maior frequência, também podem surgir noutras situações como na ansiedade grave, na *mania a potu* (reação patológica ao álcool) mas também associado a perturbações dissociativas^[3]. A CID-10 inclui os estados crepusculares sob o título de “perturbações dissociativas” e, se estão preenchidos critérios para etiologia orgânica, em “perturbações mentais orgânicas”^[6]. No DSM-IV, no DSM-5 e no CID-11 não há referência aos estados crepusculares^[5] ^[7].

Sims (2006), limita a definição de estados crepusculares a situações em que há uma interrupção da continuidade da consciência que ocorre em situações orgânicas no contexto de epilepsia, alcoolismo, traumatismo cerebral, entre outros. É caracterizado por: 1) início e fim abruptos; 2) duração variável de horas a semanas; 3) ocorrência de explosões de violência no contexto de um comportamento aparentemente normal^[1].

Para Gastó (2002), os estados crepusculares ocorrem em doentes epiléticos correspondendo a estados de “ausência” de duração variável, entre cinco e vários dias. O doente geralmente está confuso, perseverativo, lento, perplexo. Não está sonolento, mas também não parece estar totalmente desperto. A perseveração, descrita por Pick como a “repetição automática e frequente de representações verbais e motoras”, pode estar presente. Além dos automatismos também são frequentes os atos impulsivos^[4].



Entrevista e história psiquiátricas

Diogo Telles Correia, Filipa Novais e Marco Paulino

INTRODUÇÃO

Os diferentes modelos para interpretar a doença mental motivaram o desenvolvimento de vários tipos de entrevista clínica^[1].

O modelo médico é o mais antigo e o mais utilizado em psiquiatria. Foi sofrendo várias influências acompanhando a história da psiquiatria, desde os autores franceses e alemães do século XIX, até Kraepelin e depois Jaspers, terminando com o reducionismo taxonómico dos manuais diagnósticos.

Este modelo visa uma busca sistemática de sinais e sintomas que configurem um quadro clínico suscetível de ser diagnosticado. A aproximação diagnóstica tem como fundamental objetivo orientar uma intervenção terapêutica biológica ou não.

A procura de fatores etiológicos que possam estar na gênese dos sintomas é também foco da atenção deste modelo. Em psiquiatria falar em etiologia implica o recurso a formulações teóricas (biológica, cognitivo-comportamental, psicodinâmica, entre outras). A consideração de diferentes visões complementares permite encontrar diversas perspetivas e aumenta a probabilidade de se chegar a fatores etiológicos que podem contribuir para o estabelecimento de uma intervenção terapêutica posterior.

Neste capítulo pretende-se rever os principais aspetos a ter em conta para a realização da entrevista e história psiquiátricas.

PRINCÍPIOS GERAIS DA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

Espaço, posicionamento, duração

- **Espaço** – Aconselha-se que a entrevista ocorra num local onde o doente se sinta cómodo e com privacidade. O espaço deve ser caracterizado por uma certa neutralidade em termos decorativos, luz adequada, e silencioso. Não é aconselhável que a entrevista ocorra em locais pouco profissionais não criados para este efeito, por exemplo, salas de estar, zonas comuns, cafés, etc. Devem evitar-se interrupções (por exemplo, pessoais ou telefónicas)^[1,2];
- **Posicionamento** – Em geral é recomendado que médico e doente não se sentem em posição frontal (que pode ser considerada antagonista ou intrusiva) mas que as cadeiras destes façam um ângulo de 90°, símbolo da

mais natural e descontraída intimidade da relação clínica. Embora seja preferível esta posição, em muitos consultórios ela não é fácil, e basta uma leve angulação das cadeiras para evitar a atitude antagónica do frente a frente, que pode dar a entender uma relação de autoridade^[3]. Por outro lado, se a cadeira do clínico estiver ligeiramente recuada permite observar sem estar no campo do observado;

- **Duração** – É aconselhável que a duração da entrevista seja limitada (não superior a 50 minutos, podendo ser mais reduzida em situações de psicose ou grande agitação). Para controlar o tempo é aconselhável ter um relógio discretamente visível para o médico^[2, 4]. Se a entrevista for demasiado curta corre-se o risco de o doente não ter ainda ultrapassado a ansiedade do impacto inicial, ficando por abordar temas fundamentais para a compreensão da história do doente. Por outro lado, se a entrevista for demasiado longa, pode ser despoletada no doente uma excessiva carga emocional o que pode dificultar o retorno do doente ao psiquiatra^[1].

Recurso a auxiliares para facilitar a entrevista psiquiátrica

Pode recorrer-se a: a) listas orientadoras da história psiquiátrica; b) formulários de história psiquiátrica de heteropreenchimento; ou c) formulários de autopreenchimento. Todos estes instrumentos podem facilitar e orientar a construção de uma história psiquiátrica. Entre as desvantagens do uso dos formulários de heteropreenchimento contam-se a sobressimplificação e restrição dos dados apreendidos e o prejuízo da relação médico-doente. O instrumento de autoavaliação tem em conta apenas o que o doente

quer referir e apenas pode ser usado em doentes capazes de o preencherem.

Também estão disponíveis entrevistas estruturadas que visam chegar a um diagnóstico psiquiátrico (por exemplo, SCID).

É necessário ter em conta que muitos destes auxiliares foram desenvolvidos com um propósito de investigação e o seu uso deve ser extrapolado para a população em geral com cuidado.

Conteúdo manifesto vs. latente

Alguns autores chamam a atenção para o facto de que a qualquer conteúdo verbal manifesto corresponde determinado conteúdo latente, mais perto da emocionalidade do que da razão^[2].

Uma observação clínica pode ter a ambição de chegar o mais próximo possível aos conteúdos latentes. Para isso, há que estar atento a vários níveis de comunicação da pessoa. A leitura do seu conjunto, e não a análise e sobrevalorização unitária e setorial, é que nos poderão transmitir mais fielmente a realidade da pessoa.

Assim, não basta apercebermo-nos da existência de psicopatologia e caracterizá-la; importa também ter presente que a atividade psíquica é dinâmica, em cada momento apenas uma sua fração é consciente para o próprio, e que todo o processo se regula por leis próprias, às quais é possível ter acesso com metodologia adequada^[2].

Por outro lado, é importante ter em conta os vários tipos de comunicação verbal, não verbal e empático.

Relação médico-doente

É importante que se estabeleça uma relação empática “de dentro para fora”. O clínico deve guardar uma distância distinta da “fusão” entre ambos, que a acontecer pode ocasionar bem-estar imediato, mas que dificilmente terá repercussão terapêutica

apreciável fora da situação. Para isso, o entrevistador deverá privilegiar uma atitude de escuta, procurando reduzir as intervenções, sobretudo excluindo as de aconselhamento e ético-normativas, que poderão ter uma ação tranquilizadora imediata, mas superficial, além de se poderem limitar a representar a opinião do entrevistador. O entrevistador deverá ter uma postura de “compreensão”, estando consciente que cada atitude do sujeito desencadeia uma contra-atitude nele, médico, entendendo-se por tal o impacto emocional consequente à sua própria experiência de vida, que, se não consciente durante a situação, pode comprometer o bom funcionamento da relação^[2].

Além da **empatia**, Rogers e Barrett-Lennard salientam a importância de uma **aceitação** incondicional positiva (tudo o que uma pessoa exprime verbalmente ou não verbalmente, direta ou indiretamente, sobre si mesma, é tido como digno de respeito ou de aceitação), e de uma **atitude congruente/genuína** (devendo o clínico, na relação com o cliente, ser autêntico, sem máscara ou fachada, apresentando abertamente os sentimentos e atitudes que nele surgem no momento).

Por outro lado, é natural que o clínico se reveja nalgumas questões trazidas pelo doente, no entanto isso não pode ser motivo para que haja uma exploração desproporcional de determinadas áreas da vida do doente que fuja à finalidade diagnóstica^[1]. Esta situação pode prender-se com um conceito trazido pela psicanálise denominado de “**contratransferência**”, fenómeno que envolve o desenvolvimento de sensações, sentimentos e percepções que brotam no terapeuta (relacionados com as suas próprias vivências), emergentes do relacionamento terapêutico com o paciente como respostas às manifestações do paciente. A contratransferência deve ser identificada e contida pelo clínico.

É fundamental que se estabeleçam limites na relação médico-doente mantendo-a

dentro de um campo estritamente profissional. Isto é importante, tendo em conta que, não raramente, há doentes que solicitam um trato especial devido a uma patologia aguda ou a um tipo de personalidade. O ceder a estas tentativas pode pôr em risco a relação médico-doente e comprometer a investigação clínica^[1].

Por outro lado, é fundamental que o doente se sinta seguro e confiante no clínico que o entrevista. A projeção de competência por parte do médico que entrevista é importante e pode ser veiculada através de várias formas: introdução (em que o clínico diz quem é, onde trabalha, etc.), apresentação (uma apresentação cuidada) e através da competência que é transmitida ao longo da entrevista (pela oportunidade de determinadas questões, pela clarificação de alguns aspetos, etc.).

Competências de Comunicação

A reflexão acerca da importância dos aspetos da comunicação é tão antiga como a da própria medicina. Aristóteles referiu: “embora consciente de que sua condição é perigosa, o doente pode recuperar sua saúde simplesmente devido ao seu contentamento com a bondade do médico”^[4]. A comunicação é, de facto, central na prática médica e inclui aspetos verbais e não verbais. A palavra comunicação deriva do termo latino *communicare*, que significa “partilhar, tornar algo comum, participar”. Assim, a comunicação será tanto mais eficaz quanto melhor for a capacidade do médico de partilhar ou de tornar clara, para o doente, a informação que deseja partilhar com o mesmo. Esta efetividade depende de competências que podem ser ensinadas e treinadas de forma eficaz na educação médica pré e pós-graduada^[6,8].

As Competências de Comunicação incluem tarefas específicas^[1], habilidades

Classificações em psiquiatria

Cassilda Costa, Licínia Ganança, Rui Coelho e Diogo Telles Correia

INTRODUÇÃO

A classificação diagnóstica no campo da psicopatologia é um instrumento fundamental para a avaliação em psiquiatria, não apenas para a formulação diagnóstica, como também para a elaboração do plano de tratamento e previsão em termos de prognóstico.

Tem sido uma das áreas que mais tem tentado progredir na psiquiatria, fruto da necessidade em estabelecer uma homogeneização na comunicação entre profissionais de diferentes países, e de diferentes correntes de pensamento dentro de um mesmo país.

As classificações sistemáticas em psiquiatria foram primariamente desenvolvidas por Pinel, mas é a Kraepelin e Bleuler que devemos o grande impulso na nomenclatura psiquiátrica. Kraepelin, no século XIX, conceptualizou as entidades mórbidas de forma próxima à das doenças físicas, tendo por base métodos descritivos. No seu tratado, propôs um sistema de classificação das doenças mentais de acordo com os seus sintomas, causas (ou etiologias) e curso (progressão da sintomatologia)^[1].

Já no início do século XX, as teorias psicanalíticas de Sigmund Freud e psicobiológicas de Adolf Meyer, questionaram a

importância do diagnóstico, evidenciando a importância da singularidade dos indivíduos. Outros autores da escola psicodinâmica opuseram-se à noção de entidades mórbidas de Kraepelin, advogando a existência de apenas uma doença mental básica, doença esta que se apresentaria sob diferentes formas, cuja diferenciação seria apenas quantitativa. A influência destes autores, juntamente com a ideologia antipsiquiátrica dos anos 60 do século XX, constituiu uma barreira ao desenvolvimento do diagnóstico psiquiátrico^[2,3].

No decorrer da primeira metade do século XX, as categorias psiquiátricas existentes baseavam-se primordialmente na experiência de uns poucos psiquiatras que tratavam doentes psicóticos quase exclusivamente em hospitais psiquiátricos. Durante a Segunda Guerra Mundial, as reações emocionais apresentadas pelos soldados, decorrentes das suas vivências nas frentes de batalha, não se enquadravam nos quadros descritos nos manuais e classificações psiquiátricas até então disponíveis. Nesta altura, era frequente o tratamento de doentes em serviços ambulatoriais, comunitários e privados, onde eram experienciadas dificuldades semelhantes, ou seja, a inadequação das listas diagnósticas vigentes aos quadros observados. A partir de meados

Tabela IV.1 • Diferenças nos agrupamentos das patologias entre a CID-10 e a CID-11.

CID-10 – “Perturbações Mentais e Comportamentais”	CID-11 – “Perturbações Mentais, Comportamentais e do Neurodesenvolvimento”
F00-F09 Perturbações mentais orgânicas, incluindo sintomáticas	6D70-6E0Z Perturbações neurocognitivas
F10-F19 Perturbações mentais e de comportamentos decorrentes do uso de substâncias psicoativas	6C40-6C5Z Perturbações decorrentes do uso de substâncias ou comportamentos aditivos
F20-F29 Esquizofrenia, perturbação esquizotípica e delirante	6A20-6A2Z Esquizofrenia ou outras perturbações psicóticas primárias 6A40-6A4Z Catatonia
F30-F39 Perturbações do humor (afetivas)	6A60-6A8Z Perturbações do humor
F40-F48 Perturbações neuróticas, relacionadas com o <i>stress</i> e somatoformes	6B00-6B0Z Perturbações de ansiedade ou relacionadas com o medo 6B20-6B2Z Perturbações obsessivo-compulsivas ou relacionadas 6B40-6B4Z Perturbações especificamente relacionadas com o <i>stress</i> 6B60-6B6Z Perturbações dissociativas 6C20-6C2Z Perturbações de <i>distress</i> ou da experiência corporal
F50-F59 Síndromes comportamentais associados a perturbações fisiológicas e fatores físicos	6B80-6B8Z Perturbações da alimentação e do comportamento alimentar 6E20-6E2Z Perturbações mentais ou comportamentais associadas à gravidez, parto ou puerpério 6E40-6E40Z Fatores psicológicos e de comportamento associadas a perturbações ou doenças classificadas em outros locais
F60-F69 Perturbações da personalidade e do comportamento em adultos	6C70-6C7Z Perturbações do controlo dos impulsos 6D10-6D11.5 Perturbações da personalidade e traços relacionados 6D30-6D3Z Perturbações parafilias 6D50-6D5Z Perturbações factícias
F70-F79 Atraso mental	6A00-6A00.Z Perturbações do desenvolvimento intelectual
F80-F89 Perturbações do desenvolvimento psicológico	6A00-6A06.Z Perturbações do neurodesenvolvimento
F90-F98 Perturbações emocionais e comportamentais com início geralmente na infância e adolescência	6C00-6C0Z Perturbações de eliminação 6C90-6C9Z Perturbações do comportamento disruptivo ou dissocial
F99 Perturbações mentais não especificadas	6E60-6E6Z Síndromes mentais ou comportamentais secundários associados a perturbações ou doenças classificadas noutra local

Anexo 1 Principais categorias diagnósticas da CID-11

- Perturbações do neurodesenvolvimento
 - Perturbação do desenvolvimento intelectual (6A00)
 - Perturbação do desenvolvimento a fala e da linguagem (6A01)
 - Perturbação do espectro do autismo (6A02)
 - Perturbação do desenvolvimento da aprendizagem (6A03)
 - Perturbação do desenvolvimento da coordenação motora (6A04)
 - Perturbação de hiperatividade de déficit de atenção (6A05)
 - Perturbação de movimentos estereotipados (6A06)
 - Perturbação de tiques (8A05)
 - Perturbações do neurodesenvolvimento com outra especificação (6A0Y)
 - Perturbação do desenvolvimento não especificada (6A0Z)
- Esquizofrenia ou outras perturbações psicóticas primárias
 - Esquizofrenia (6A20)
 - Perturbação esquizoafetiva (6A21)
 - Perturbação esquizotípica (6A22)
 - Perturbação psicótica aguda e transitória (6A23)
 - Perturbação delirante (6A24)
 - Manifestações sintomáticas de perturbações psicóticas primárias (6A25)
 - Catatonia associada a outra perturbação mental (6A40)
 - Catatonia induzida por substâncias ou medicamentos (6A41)
 - Catatonia não especificada (6A4Z)
- Perturbações do humor (afetivas)
 - Perturbação afetiva bipolar I (6A60)
 - Perturbação afetiva bipolar II (6A61)
 - Perturbação ciclotímica (6A62)
 - Outras perturbações bipolares especificadas (6A6Y)
 - Perturbação bipolar não especificada (6A6Z)
 - Perturbação depressiva de episódio único (6A70) Perturbação depressiva recorrente (6A71) Perturbação distímica (6A72)
 - Perturbação disforia pré-menstrual (GA34.41)
 - Perturbação do humor com outra especificação (6A8Y)
 - Perturbação do humor não especificada (6A8Z)
- Perturbações de ansiedade ou relacionadas com o medo
 - Perturbação de ansiedade generalizada (6B00)
 - Perturbação de pânico (6B01)
 - Agorafobia (6B02)
 - Fobia específica (6B03)
 - Perturbação de ansiedade social (6B04)
 - Perturbação de ansiedade de separação (6B05)
 - Mutismo seletivo (6B06)
 - Perturbação de ansiedade ou relacionada com o medo com outra especificação (6B0Y)
 - Perturbação de ansiedade ou relacionadas com o medo não especificada (6B0Z)

Anexo 2 Principais classes do DSM-5

- Perturbações do neurodesenvolvimento
 - Perturbações do desenvolvimento intelectual
 - Perturbações da comunicação
 - Perturbação do espectro autista
 - Perturbação de hiperatividade e déficit de atenção
 - Perturbação específica de aprendizagem
 - Perturbações motoras
 - Outras perturbações do neurodesenvolvimento
- Espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas
 - Perturbação da personalidade esquizotípica
 - Perturbação delirante
 - Perturbação psicótica breve
 - Perturbação esquizofreniforme
 - Esquizofrenia
 - Perturbação esquizoafetiva
 - Perturbação psicótica induzida por substâncias
 - Perturbação psicótica associada com outra condição médica
 - Perturbação do espectro da esquizofrenia e outra perturbação psicótica com outra especificação
 - Perturbação do espectro da esquizofrenia e outra perturbação psicótica sem outra especificação
 - Catatonia associada a outra perturbação psiquiátrica (especificar)
 - Catatonia associada a outra condição médica
 - Catatonia inespecífica
- Perturbação bipolar e perturbações relacionadas
 - Perturbação bipolar I
 - Perturbação bipolar II
 - Perturbação ciclotímica
 - Perturbação bipolar induzida por substâncias
 - Perturbação bipolar associada a condição médica
 - Perturbação bipolar com outra especificação
 - Perturbação bipolar sem outra especificação
- Perturbações depressivas
 - Perturbação de desregulação disruptiva do humor
 - Perturbação depressiva major, episódio único ou episódios recorrentes
 - Perturbação depressiva persistente (distímia)
 - Perturbação disfórica pré-menstrual
 - Perturbação depressiva induzida por substâncias
 - Perturbação depressiva associada com outra condição médica
 - Perturbação depressiva com outra especificação
 - Perturbação depressiva sem outra especificação
- Perturbações da ansiedade
 - Perturbação da ansiedade de separação
 - Mutismo seletivo
 - Fobia específica

Alterações psicopatológicas nas perturbações mentais orgânicas ou induzidas por estados físicos gerais – o diagnóstico diferencial

Joaquim Cerejeira e Luísa Lagarto

INTRODUÇÃO E PERSPETIVA GERAL

A evolução dos conceitos

A perspetiva de Griesinger de que “as doenças mentais são doenças do cérebro” traduz o enfoque colocado, nos finais do século XIX, na identificação das alterações neuropatológicas das perturbações psiquiátricas, que culminou com a definição da etiologia da paralisia geral (neurosífilis). Desde então, o termo “funcional” tem sido usado para designar as síndromes para as quais não é possível identificar alterações “orgânicas” no cérebro que, juntamente com os fatores psicológicos e sociais, concorrem para a sua etiopatogenia (Figura V.1). Assim, apesar de inicialmente a **dementia praecox** ter sido considerada, por Kraepelin, uma doença secundária a alterações cerebrais, acabou por ser classificada como uma “psicose funcional” dada a impossibilidade de definirem as suas alterações neuropatológicas específicas. Por outro lado, as psicoses

“exógenas” que, de acordo com Bonhoeffer, resultavam da ação de uma variedade de fatores externos (álcool, chumbo, etc.), foram distinguidas das perturbações “endógenas” que derivavam, segundo Moebius, de uma predisposição individual. No início do século XX, a maioria das perturbações classificadas por Cullen como “neuroses” acabariam por ser reclassificadas como doenças “orgânicas”, enquanto as restantes foram consideradas como “psicogénicas” em consonância com as ideias de Freud^[1].

As classificações atuais

A dicotomia entre doenças “funcionais ou primárias” e “orgânicas ou secundárias” permanece na 11.ª versão da CID (CID-11), sendo as segundas caracterizadas por serem uma consequência fisiopatológica direta de uma patologia médica^[2]. Embora tenham também uma causa “orgânica”, as perturbações causadas por substâncias (por exemplo, álcool e drogas) são classificadas pela CID-11 no grupo das “Perturbações

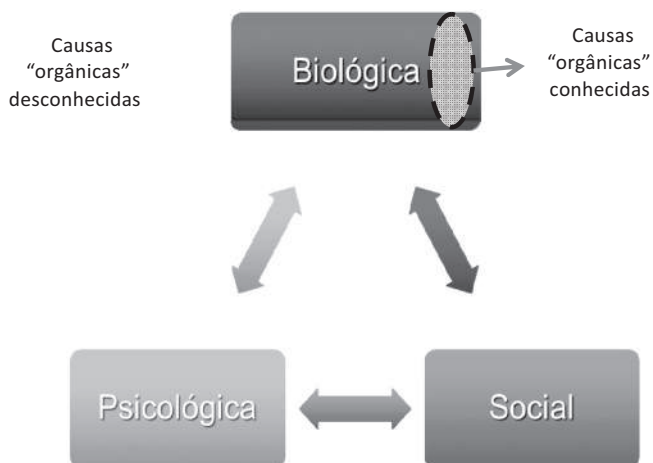


Figura V.1 • Etiologia das doenças psiquiátricas.

por uso de substâncias ou comportamentos aditivos". A quarta versão do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) optou por abandonar o termo "orgânico", que se manteve até ao DSM-III, para evitar a ideia errônea de que as perturbações "funcionais" não têm um substrato neurobiológico. Assim, no DSM-IV as perturbações "orgânicas" foram designadas por "perturbações secundárias a um estado físico geral" englobando: *delirium*, demência, perturbação mnésica, perturbações do humor, perturbações psicóticas, perturbações de ansiedade, perturbações do sono, disfunção sexual, perturbação catatônica, perturbação de personalidade e perturbação não especificada. A expressão de perturbação mental "primária" é usada para designar as perturbações mentais que não são devidas a um estado físico geral ou induzidas por substâncias.^[3] Atualmente, o DSM-5-TR mantém um capítulo para as Perturbações Relacionadas com Substâncias, mas as perturbações secundárias a um estado físico geral são apresentadas nos capítulos das respetivas perturbações "primárias"^[4].

Avaliação clínica

A relevância de reconhecer perturbações mentais devidas a um estado físico geral consiste no facto de:

- Os sintomas psiquiátricos poderem ser a primeira manifestação de uma condição médica potencialmente grave;
- A remoção ou minimização das causas médicas subjacentes ser determinante para a resolução ou melhoria do quadro psiquiátrico. Por exemplo, em contexto de urgência é essencial estabelecer o diagnóstico diferencial entre sintomas de ansiedade agudos e um vasto conjunto de condições médicas que colocam a vida do doente em risco (por exemplo, enfarte agudo do miocárdio, tromboembolia pulmonar, arritmias cardíacas, etc.). Isso pode ser particularmente difícil num doente com antecedentes psiquiátricos (por exemplo, perturbação de pânico).

Virtualmente qualquer tipo de patologia médica pode causar sintomas psiquiátricos. No entanto, as causas mais comuns são:

- **Neurológicas** – Doenças degenerativas, cerebrovasculares, desmielinizantes,

CAPÍTULO I

1. B) Os sintomas psiquiátricos são construídos teóricos criados em resultado de uma convergência entre um comportamento, um termo, e um conceito.
2. B) Conjunto sistemático de princípios gerais, enunciados descritivos e regras de aplicação, cuja função é a descrição e captura de aspetos do comportamento que se assumem resultar de uma disfunção psíquica ou orgânica.
3. D) A psicopatologia descritiva estuda apenas os sintomas psiquiátricos dos doentes.
4. D) Os modelos de continuidade e descontinuidade, bem como o uso da psicomетria surgem apenas em meados do século xx.
5. C) Vários autores sublinham que a única coisa em comum entre a fenomenologia de Jaspers e a de Husserl é serem um método puramente descritivo e sem intenção explicativa.
6. D) A empatia que corresponde a um instrumento clínico que permite avaliar as manifestações objetivas da mente.
7. C) Sinónimo de psicopatologia.
8. D) A ideia delirante é um fenómeno primário.
9. B) A psicopatologia pode ser uma mais-valia no conhecimento de um psiquiatra mas não é fundamental para a sua prática clínica.
10. D) Um dos motivos para os resultados da investigação neurobiológica em psiquiatria serem escassos pode dever-se a uma insuficiência de métodos imagiológicos.
11. B) A psicopatologia atual é completamente diferente do que era na sua origem no século XIX.
12. D) Nunca pode haver um *bypass* a nível da barreira da consciência manifestando-se os sinais cerebrais diretamente através comportamentos reconhecidos como sintomas.
13. B) É 100% fiel e nada crítico em relação à obra de Jaspers e tudo o que ela trouxe à psicopatologia.
14. D) A ideia delirante corresponde à forma e a percepção delirante ao conteúdo.
15. D) A compreensão genética é compreender um fenómeno com base na base genética do indivíduo.
16. A) O DSM e a CID podem e devem ser utilizados como glossários psicopatológicos.
17. A) As necessidades da psiquiatria atual estão perfeitamente colmatadas pelos métodos psicopatológicos de hoje, não sendo fundamental investigação nesta área.
18. B) O estudo da história da psicopatologia é sobretudo fundamental para a análise política dos aspetos sociais da psiquiatria.
19. A) A psicopatologia geral está na continuidade dos dados obtidos até ao momento, orientando-se neles, podendo servir de base para novas evidências – seja no sentido da contradição ou da construção e avanço.
20. A) É um método empírico que foca dados subjetivos.

CAPÍTULO II

1. C) O Estado oníróide (confuso-onírico) inclui o estreitamento da consciência.
2. D) Todas as outras são verdadeiras.
3. B) A desorientação no espaço é o tipo de orientação mais precocemente alterada em várias patologias.
4. D) As confabulações correspondem à descrição detalhada e falsa de um acontecimento que alegadamente ocorreu no passado, ocorrendo principalmente na mitomania.
5. B) As pareidolias resultam sobretudo da capacidade imaginativa e ao contrário das restantes ilusões são extintas pelo aumento da atenção.
6. D) Nunca são rapidamente reconhecidas como falsas (sem *insight*).
7. C) A gaguez é uma repetição de sílabas, hesitações, bloqueios intermitentes, aspirações com fase clónica/ tónica, sendo uma alteração orgânica do discurso e linguagem.

A primeira edição da obra *Manual de Psicopatologia* surgiu no contexto de uma tendência generalizada para mudanças nos sistemas classificativos em saúde mental. Tornou-se assim fundamental ter um bom conhecimento das bases que deram origem aos últimos critérios diagnósticos e que podem contribuir para a sua revisão, sendo para isso necessário regressar ao sintoma e às suas raízes históricas.

Elaborado por um grupo de médicos psiquiatras ligados às faculdades de medicina das universidades de Lisboa, do Porto e de Coimbra e aos serviços de psiquiatria do Hospital de Santa Maria em Lisboa, do Hospital de São João no Porto e do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, este livro, além de referir os principais elementos históricos que estão na base da psicopatologia, faz uma revisão da semiologia psiquiátrica e dos vários termos utilizados na descrição psicopatológica, **ensina a metodologia médica para a construção de uma história clínica psiquiátrica**, descreve a história e o estado atual dos sistemas classificativos oficiais em psiquiatria, **aborda as principais síndromes psico-orgânicas e os sintomas psiquiátricos na doença médica a ter em conta para um diagnóstico diferencial com qualidade**. De modo a facilitar a consolidação de conhecimentos, todos os capítulos incluem perguntas de revisão, sendo as respetivas soluções disponibilizadas no fim do livro.

Esta obra, recomendada por várias faculdades de Medicina e de Psicologia em Portugal, no Brasil e em países de língua oficial portuguesa, foi, nesta 3.^a edição, revista e atualizada, estando de acordo com o DSM-5 e o CID-11. Passou também a incluir uma secção de Competências de Comunicação Específicas em Pacientes com Perturbações Mentais. Reúne ainda a informação indispensável aos estudantes e, de uma forma geral, a todos os profissionais de saúde (médicos, psicólogos, psicoterapeutas, enfermeiros) que trabalham e investigam em saúde mental e àqueles que, não estando diretamente ligados a esta área, queiram dela aproximar-se através de instrumentos rigorosos e ao mesmo tempo acessíveis a um leitor informado.

"Pela clareza e rigor científico, esta obra do Prof. Diogo Telles Correia é imprescindível para a clínica de psiquiatras e psicólogos."

Daniel Sampaio – Professor Catedrático Jubilado de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, nome notável da psiquiatria em Portugal.

"Um livro que reúne a informação indispensável a qualquer médico que se queira lançar na prática da clínica psiquiátrica."

J. L. Pio Abreu – Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, nome incontornável da psicopatologia em Portugal.

Diogo Telles Correia

Médico Especialista em Psiquiatria; Professor associado com agregação e Diretor da Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, onde leciona, entre outras disciplinas, Psiquiatria e Psicopatologia; Assistente graduado do Departamento de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria; leciona Psiquiatria Forense na Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa e Psicopatologia no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro; autor de mais de 100 artigos e capítulos científicos internacionais e nacionais e coordenador de vários livros técnicos, a maioria na área da Psicopatologia.



ISBN 978-989-752-835-4



9 789897 528354

www.lidel.pt