

Exame do doente mental

Prof. A. C. Pacheco e Silva
Catedrático de Clínica Psiquiátrica
na Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo e na
Escola Paulista de Medicina.



Officinas Gráficas
da Assistência a Psicopatas
Franco da Rocha
São Paulo — Brasil
1953

Exame do doente mental

Prof. A. C. Pacheco e Silva

Catedrático de Clínica Psiquiátrica na
Faculdade de Medicina da Universidade de
São Paulo e na Escola Paulista de Medicina.

Officinas Gráficas
da Assistência a Psicopatas
Franco da Rocha
São Paulo — Brasil
1 9 5 3

Uma das maiores dificuldades com que se defrontam os estudantes de medicina ao iniciar o estudo de clínica psiquiátrica consiste no exame do doente mental. Não há alienista que se não recorde do primeiro contato com doentes mentais e dos obstáculos que se lhe deparavam ao examinar os primeiros casos da especialidade. A principio, todos os pacientes se afiguram portadores dos mesmos sintomas, do mesmo quadro clínico. Por sua vez, o interrogatório dos doentes se reveste de inúmeros obstáculos e as respostas são frequentemente desconcertantes, não permitindo a reunião de elementos que conduzam a uma conclusão segura. Só com o correr do tempo, após algum tirocinio clínico, é que se consegue chegar a um diagnóstico preciso, indispensável ao emprêgo da terapêutica adequada.

Para facilitar a tarefa dos estudantes do nosso curso, colhemos em várias fontes, sobretudo em Morrelli, inúmeros dados, procurando tornar mais acessível o conhecimento de uma especialidade que se apresenta como das mais úteis aos médicos dos tempos atuais.

A OBSERVAÇÃO PSIQUIÁTRICA

O estado mental se exterioriza, quase sempre, por sinais indicativos do estado de ânimo do paciente, que um especialista sagaz consegue supprender. Para tanto se impõem conhecimentos de psicologia, psiquiatria e sobretudo espirito de observação, o que só se consegue mercê de cultura filosófica aprofundada.

Ninguém ousará, assim, contestar que todo estado emocional se acompanha de concomitantes físicos, que se traem, sobretudo, na expressão fisionômica.

Antes de se proceder ao interrogatório do psicopata é indispensável observá-lo cuidadosamente, se possível de forma que o paciente não perceba que está sendo objeto de estudo. A expressão fisionômica, os gestos, as atitudes, as reações motoras e psíquicas aos estímulos exteriores oferecem grandes recursos de que se pode utilizar com muito proveito o médico perspicaz e erudito. Daí a importância que se deve dar ao aspecto externo, à linguagem falada e escrita e os atos mórbidos dos doentes mentais.

EXAME PSÍQUICO

Todo estado psíquico se exterioriza, com maior ou menor clareza, por reação motora mais ou menos intensa. O estudo das expressões dos diversos estados psíquicos no indivíduo com o qual estamos em relação exprimirá a sua natureza íntima.

Quando procuramos conhecer o ânimo alheio re-

corremos instintivamente ao nosso, apreciando no examinando o que sabemos com relação a nós mesmos, porque ambos os mananciais da psicologia — a introspecção e a extropecção — se auxiliam e se completam.

Antes de se proceder ao interrogatório do alienado é oportuno observá-lo atentamente. A observação cuidadosa de um doente, quando este não se julga objeto de estudo, retrata-se na fisionomia, na attitude, na conduta, oferecendo-nos elementos seguros para a averiguação do seu estado psíquico. Tal inspeção é de grande significação e pode fornecer-nos dados para o diagnóstico, que poderão ser dissimulados no decorrer do exame.

Assim, ao se estudar a expressão dos estados psíquicos nos alienados faz-se mister observar-lhes o aspecto externo, a linguagem falada e escrita, a conduta, etc.

1. *Inspeção*

Muitas são as formas de psicopatia em que o aspecto exterior do paciente, a sua indumentária, a sua fisionomia, a sua attitude caracterizam e revelam a condição mórbida da personalidade. Outros há, porém, em que faltam, ou se revelam mui escassamente, indícios externos indicativos da existência de desordens da vida psíquica.

O aspecto externo poderá, com frequência, não fornecer senão dados imprecisos, mas nem por isso de menor significação para o estudo dos distúrbios ideati-

vos, sentimentais ou volitivos, quando observados em conjunto.

Quando se examina o aspecto externo de um psicopata se procurará observar o vestuário, a attitude, os gestos, a fisionomia, a mimica, etc.

A. Indumentaria e adornos. — Por vezes, os doentes, em virtude das suas idéias delirantes ou do entranquecimento do espirito, adotam attitudes extravagantes ou vestem-se de modo *sui generis*. Se alguns há que se vestem corretamente durante a doença mental, que pode ser de longa duração, muitos deles, entretanto, se mostram descuidados, sobretudo no vestuário e nos cuidados higiênicos. Quanto mais o distúrbio psíquico fôr parcial, menor será a modificação na forma de se vestir e de se cuidar. Quando se registra grave comprometimento das faculdades psíquicas, com profundas modificações da personalidade, a indumentaria será descuidada, não só no tocante ao detalhe, como no respeitante à limpeza.

Cada caso clínico parece ter características particulares no tocante à apresentação, que autorizam, em casos especiais, suspeitar-se da existência desta ou daquela forma mental.

Senão vejamos. Os melancólicos e os paralíticos gerais mostram simples descuidos no trajar. Os exaltados, os maníacos, se apresentam com a roupa amarrutada, suja, descosida ou rota. Os alcoólatras são sempre desleixados, com as vestes sujas e com cheiro nauseabundo. Os dementes são relaxados ao extremo.

Com êles contrasta o modo de vestir-se, o requinte e o apuro de certos paranóicos, as côres berrantes dos maníacos, a elegância apurada de certas histéricas. Mas, entre todos os alienados, destacam-se, pela desordem do vestuário, os dementes precoces, catatônicos, com as calças sem botão, atilhos dependurados, despendendo. Camisas com as fraldas para fora. Bolsos atulhados de pedras, folhas, pedacinhos de papel, palitos de fósforo, tocos de cigarros, são elementos característicos. Vestes emporcalhadas, cobertas de manchas, imundas, cheias de saliva, de alimentos, de terra, de urina e de fezes.

Há doentes que se despem parcial ou completamente — maníacos, confusos, dementes precoces — ou se recusam a permanecer calçados. Há os, que vestem a camisa pelo avesso, a calça sobre o paletó, o colete sobre êste. Muitos enrolam a calça e cobrem a parte inferior desta com a meia, como se fôsses usar polainas (demência precoce). Paralíticos e confusos, por falta de memória ou distração, collocam os suspensórios sobre o paletó. Os agitados, os oligofrênicos, costumam estracalhar as vestes, negando-se a trocar as mesmas quando sujas ou a se vestirem pela manhã. Tal ocorre sobretudo com os negativistas.

Os adornos — cruces, medalhas com a effigie de santos, amuletos e mascotes — são encontrados nos delirantes místicos.

Laços, fitas, medalhões, correntes, jóias tosca-mente fabricadas, anéis de papel e de linha, são communs nos maníacos. Bonés, distintivos, condecorações, ga-

lões, são encontrados nos megalomaniacos e nas formas parafrênicas e paranóides.

Tatuagens são vistas estigmatizando certos degenerados, epiléticos e personalidades psicopáticas. Por vezes têm escopo tão sômente ornamental, outras vezes simbólico.

O colecionismo, isto é, a tendência a reunir e a conservar objetos sem valor, colhidos no lixo, é, via de regra, próprio dos estados demenciais.

Os perseguidos fabricam vestuário próprio, cou-raças de papelão, de folha, para se defenderem contra os seus supostos inimigos e estarem ao abrigo de emboscadas de que se julgam ameaçados.

Outros alucinados, sobretudo os genitais, lançam mão de pequenos aparelhos para se protegerem contra a influência que sôbre eles porventura possam os seus inimigos exercer — tapam os ouvidos com trapos e papel, vendam os olhos, introduzem objetos no ânus, protegem os órgãos genitais, recobrem o corpo com gorda e outros ingredientes.

Ao examinar as peças do vestuário do doente mental, convém sempre deter-se nas suas minúcias. Os dementes precoces deixam transparecer o seu manei-rismo na disposição particular das pregas do vestuário, os histéricos buscam chamar a atenção pela forma bizarra com que se trajam.

Os paranóicos, com delírio messiânico, inventivo, com o desejo de imitar não só a palavra como também os gestos dos profetas, dos benfeitores da humanidade, e ainda o seu aspecto físico, deixam crescer os cabelos

e a barba, como os personagens bíblicos ou os grandes artistas. Os que são possuídos de delírio orgulhoso ou genealógico imitam o aspecto dos grandes homens, com os quais procuram traços de semelhança e dos quais se dizem descendentes.

B. Apresentação. — A attitude consiste no modo do paciente se apresentar e reflete com muita fidelidade a sua disposição de ânimo.

A attitude pode ser no psicopata, a de um homem normal, não denunciando, quer pela sua posição, mimica, fisionomia ou linguagem, qualquer alteração sensível. Os imbecis de idade mental não muito baixa, os periódicos nos intervalos das crises, os epiléticos e os histéricos nos períodos interparoxísticos, certos paranóicos, têm attitude perfeitamente normal. Entretanto, é bem de ver que certos psicopatas, em particular os paranóicos, podem afetar uma attitude que, na realidade, não traduz o seu conteúdo ideativo.

Podem ser indícios de alucinações ou de delírios : o enrugamento dos supercílios, o olhar desconfiado, o ouvido atento, leves sinais de negação com a cabeça, a entonação da voz, uma concentração da atenção, um gesto de defesa, uma attitude insólita.

Bom número de alienados revela expressão característica.

Na melancolia o doente se mostra via de regra, silencioso, imóvel ou tem os movimentos tardos, permanece curvado, com os braços pendentes quando de pé, apoiados sôbre os joelhos quando sentado, exprimindo dor, abatimento, resignação.

Na melancolia anciosa o paciente, com a fisionomia angustiada, suspira, torce as mãos, corre de um para outro lado, senta-se e levanta-se, deita-se por terra ou se apoia nas paredes gemendo, comprimindo o peito com as mãos, ofegante, como se toda a dor moral lhe tolhesse os movimentos respiratórios.

Na hipomania o doente permanece alegre, comunicativo, discursando com exuberância, interrompendo com risadas, com palavras de duplo sentido, com ironia e, se se trata de uma doente, com evidente propósito erótico.

Na mania o paciente se apresenta com os cabelos desgrenhados, o vestuário em desalinho, o olhar brilhante, a gesticulação viva e rápida. Extremamente prolixo nos seus relatos, sem trêgua e sem denunciar cansaço, o doente ri, fala, canta, corre, salta, numa atividade incessante.

Na paranóia, o alienado, correto no vestuário, acolhe o visitante tratando-o de igual para igual, com parcimônia diplomática de palavras e gestos. Outros são frios, taciturnos, desconfiados e por vezes ameaçadores. Os primeiros são os paranóicos com delírio de grandeza e os segundos, perseguidos.

Na demência parafítica o doente se apresenta, em regra, com as vestes desabotadas, com a máscara facial hipotônica e amímnica, com os movimentos incertos, falando com a voz trêmula, mostrando-se satisfeito com a sua própria saúde, com a sua força exuberante, com a sua riqueza, potências inigualáveis.

Na demência precoce catatônica o paciente per-

manece constantemente em estado de rigidez, em atitude estatúária, com a fisionomia contraída, fazendo gestos grotescos, agindo por vezes como um autômato, abstraido de tudo quanto o circunda, repete incessantemente o mesmo gesto, o mesmo movimento facial, da cabeça, dos membros, do tronco.

Na demência orgânica, qualquer que seja o processo mórbido que a determine, o doente se apresenta com um conjunto assaz similar : fraco, privado de energia, abúlfico, com o andar lento, a cabeça pendida sobre o peito, com o corpo curvo como os velhos, demonstrando uma hipotonia, uma hipostenia geral. Outras vezes, como é frequente na paralisia geral e na apoplexia, o doente fica imobilizado numa cadeira de rodas ou num leito, com incontinência dos esfínteres, perdendo urina e fezes. Incapaz de se nutrir por si, de falar, de concentrar a atenção, imerso num antedemismo mais ou menos completo, o doente dá a impressão de uma beatitude estúpida.

C. *Atitudes.* — Se bem que o exame da apresentação já permita o estudo da atitude geral do corpo, é todavia necessário observá-lo minuciosamente na atitude ereta, na deambulação e em repouso.

1.º) Atitude de estação.

a) *Estação ereta* : Não poucos doentes, como os imbecis, os loucos morais, os melancólicos, nada oferecem de anormal na atitude ereta. Entretanto, há os que, pelo contrário, apresentam caracteres particulares. Um indivíduo cujo corpo pende para a frente, para os lados,

que tenha o dorso curvado, os joelhos fletidos, a cabeça reclinada: sôbre o peito, indicando passividade falta de energia, leva a suspeitar tratar-se de um melancólico, um estuporoso, quando não um psicastênico.

Em alguns casos a estação ereta é impossível, pois que o paciente não faz a menor tentativa para contrair os músculos dorso-lombares e para estender as articulações dos membros inferiores, mas se abandona e se dobra sôbre si. Tal astasia pode ser observada nos histericos e nos epiléticos em estado de estupor, bem como nos esquizofrênicos e melancólicos.

Na catatonia o paciente conserva, em geral, a cabeça inclinada fortemente sôbre o peito ou a mantém alta, com o olhar fixo, o tronco imóvel, o pescoço rígido, os braços colados ao corpo, os punhos cerrados, as pernas distendidas.

Por vézes o alienado não pode permanecer parado um só instante : vai, vem, agita descompassadamente os braços, as pernas, lança-se por terra, agarra-se ao primeiro recenvindo, bate de encontro aos móveis não procurando dêles se desviar, ou animado de irrefreável alegria (maníaco) ou, pelo contrário, irresoluto, preocupado, angustiado (alucinado ou melancólico).

No delírio de grandeza do parafítico e no dos paranóicos, os doentes se mantêm em attitude altaneira, alargam as fendas palpebrais, dilatam o tórax, olham o horizonte, procurando aparentar saúde, força, beleza, ostentando condecorações, buscando demonstrar superioridade.

O idiota e o imbecil se apresentam com os braços pendidos ao longo do corpo, com os pés apoiados no bordo externo, com o dorso curvado, com o olhar inexpressivo ou desviado para outro lado daquele em que se encontra o interlocutor, fazendo momices como os símios.

b) *Posição sentada* : Quase todos os doentes em estado de depressão, de exaurimento, de aniquilamento mental (melancólicos, estuporosos, epiléticos, confusos, intoxicados, dementes) preferem ficar sentados, permanecendo assim durante horas, dias inteiros, insensíveis ao frio e ao calor, imersos em profundo torpor, do qual não saem nem mesmo para atender aos estímulos da fome e da sede ou para satisfazer as necessidades corporais. Outros, quais os catatônicos, nunca se sentam, ou, quando o fazem, recusam-se obstinadamente a se erguerem (negativismo).

Alguns alucinados e melancólicos buscam os recantos pouco iluminados, cobrindo a cabeça com as roupas, ocultando o rosto, obturando os ouvidos ou deitando-se no chão, encolhendo o corpo, como que procurando ocupar o menor espaço possível.

Os catatônicos assumem frequentemente as mais bizarras e as mais incríveis posições, assim se conservando por dias inteiros, sem revelar cansaço, e, ainda mais, nos dias seguintes retomam de novo a mesma posição incômoda. Dir-se-ia que o corpo dêsses doentes

teria adquirido uma singular facilidade para se contorcer e que teria perdido por completo todo o senso da fadiga e do estôfco.

c) *Posição deitada* : Muitas vêzes somos forçados a examinar um doente acamado, não só quando o mesmo se encontra submetido à clinoterapia como também quando esteja acometido por u'a moléstia orgânica ou se recuse a erguer-se.

Alguns doentes em estado de depressão sentem-se bem quando deitados e se opõem quando se lhes con-cita a deixarem essa posição (dementes e estuporosos). Outros permanecem displicentemente deitados, sem se-quer se levantarem quando têm necessidade de atender aos imperativos das funções fisiológicas.

Os maníacos, os melancólicos ansiosos e os aluci-nados permanecem irrequietos, clamando noite e dia, sempre despidos, revolvendo as cobertas, rasgando-as, conspurcando-as com saliva, urina e fezes.

Os catatônicos, quando deitados, tomam uma posição típica, encolhidos, encarquilhados, com as coxas fletidas sôbre a bacia e as pernas sôbre a coxa.

Quando sentados, é vêzo dos mesmos encolherem as pernas e apoiarem o queixo sôbre os joelhos, em po-sição característica. Outros há que se deitam transver-salmente na cama, mantendo a cabeça para fora do col-chão, na mais inconcebível e fatigante das posições. A qualquer tentativa que se faça para fazê-los sair dessa

incômoda posição, se opõem tenazmente, conservando os olhos fechados, o sobrececho carregado, o punho es-pasmódicamente cerrado, para de súbito retomarem a posição primitiva, se não são obrigados: a se acomoda-rem.

2.º) *Locomoção* : — O andar de muitos aliena-dos não difere em coisa alguma das pessoas normais. Mas, relacionado com o tonus sentimental e relacionado com algumas formas de delírio, e de acôrdo com o esta-do de insuficiência ou de decadência mental, o andar toma um feitto especial.

O maníaco revela, em todos os seus movimentos, o sentimento de prazer que o invade : caminha com pas-sadas largas, leve, esbelto ; o passo cadenciado, com participação ativa dos membros superiores. Se a excita-ção é grande, caminha por saltos, alternando a corrida com o passo, dançando, saltando sôbre uma perna.

Em contraste com êsse quadro, o melancólico é indeciso nos movimentos, no se levantar, no sentar-se, ao iniciar um passo. O andar é lento, o corpo oscilante, o tronco curvado, com os braços inertes, os joelhos fle-tidos. Prontamente cessa de caminhar, entrepara in-deciso e titubeante.

Os doentes estuporosos deambulam morrosamente como se fôsseni autômatos; os joelhos se não curvam, os membros permanecem rígidos, a cabeça fixa, o olhar imóvel. Cessam de caminhar quando para o esfímulo que os induziu a se locomoverem.

Os dementes precoces catatônicos têm, com frequência, um modo incessante e bizarro de se conduzirem (amanheiramento) : riños ou com o corpo inclinado, caminham ora de flanco, ora sobre a ponta dos pés, por vezes saltam, ora para diante, logo depois para trás, de um modo estranho, peculiar a cada doente.

Há, entretanto, uma certa uniformidade na extravagância do andar e na repetição dos mesmos movimentos, de idénticos esgarres, de idénticas expressões mínimas (stereotípias), que se podem identificar pelas pegadas deixadas pelo doente no solo. Doentes existem que procuram adotar o modo de deambular de outros, imitando-lhes os gestos, os passos, os trejeitos (ecopraxia). Os paranoicos, perseguidos caminham com circunspecção, com o passo medido e grave, adotando uma attitude solene, estudada, imponente.

Os idiotas, os dementes orgânicos, caminham de forma descuidada, com o corpo penso para um dos lados, apoiando os pés com um dos bordos no chão.

Nos epiléticos, após as crises, a marcha se torna insegura, titubeante, lenta.

Os histéricos caminham de um modo lânguido, com trejeitos provocantes, repassados de erotismo ; ou, como se estivessem acometidos por uma hemiparesia, caminham arrastando um dos pés no solo, de forma incerta e vacillante.

Quando há, associada à perturbação mental, uma desordem neurológica, que lhe reconheça a mesma cau-

sa, a marcha indicará, por vezes, a sede da lesão, os núcleos afetados, os feixes nervosos comprometidos, podendo apresentar as mesmas modalidades observadas em clínica neurológica, isto é, a marcha dita ebríosa, anserina, espástica, de pequenos passos, foicante, es-carvante, etc.

D. *Fisionomia e mímica facial emotiva.*

No estudo da fisionomia devemos distinguir o que faz parte da estrutura (morfologia da face), do que traduz o estado interno do ânimo (movimento expressivo).

A vivacidade, a fadiga, a irresolução, a fixidez dolorosa, a desconfiança, a fatuidade, o desprezo, o êxtase no olhar, denotam respectivamente a inteligência deperta do maníaco, o exaurimento do melancólico e dos psicastênicos, a escassa atividade de pensamento dos imbecis e dos dementes, o sofrimento moral dos melancólicos, a desconfiança dos delirantes perseguidos, o orgulho dos delirantes megalomaniacos, o êxtase voluptuoso e místico das histéricas, de certos epiléticos e dos paralíticos.

As pálpebras semicerradas e o olhar fraco e amortecido indicam não raro inércia mental (dementes, apáticos, imbecis) ; o frêmito das pálpebras pode denotar mágoa, desencorajamento (melancólicos) ; a frouxidão das pálpebras denuncia suspensão dos processos ideativos ou atenção concentrada sobre alucina-

ções. O piscar pode ser contínuo e forçado nas este-reotípias, lento ou suspenso nos estáticos, histéricos ou estuporosos, nulo nas sequelas da encetálite epidêmica.

Na melancolia é característica certa disposição dos supercílios e da fronte, determinando rugas horizontais e verticais sobre a glabella (o chamado ômega dos melancólicos), que indica concentração dolorosa do espirito.

O repuxamento dos lábios indica manifestação afetiva de amargura, de afetação, de desprezo. Uma boca semi-aberta, com os lábios pendentes, deixando escorrer saliva, é comum no idiota, nos dementes, nos estuporosos ; nas distonias post-encefálicas, sobretudo no parquinsonismo ; a boca com os lábios apertados é a expressão de catatonia ou de negativismo (demmente precoce) ou o indicio de uma attitude de defesa. Diz-se que há hiperminímia quando a mímica se mostra exagerada ; hipominímia quando há diminuição ; aminímia, quando se verifica resolução completa dos músculos da fisionomia.

A hiperminímia dá lugar a rápida e viva alternância das mais variadas expressões de riso, de pranto, de cólera, de surpresa, de ameaça — o que se nota nos estados de exaltamento ; a hipominímia, que é oposta, se denuncia pela lentidão, pela maior persistência das expressões, revelando depressão ou enfraquecimento mental ; a aminímia, isto é, a falta de uma expressão mímica,

encontra-se em certos delírios tóxicos, no estupor catatônico e melancólico.

O apagamento da expressão mímica é freqüente no estado avançado da paralisia geral progressiva e nos estados dementiais em geral, o que se dá em virtude da assimergia na inervação dos músculos da face.

Dá-se o nome de paramímia à perversão da mímica. Há mímica dissociada quando os músculos da face se contraem de forma desordenada, dando à expressão fisionômica um aspecto contrário ao estado de ânimo. Bem diversas da dissociação mímica são as caretas bizarras e originais que nos catatônicos se repetem estereotipadamente e que, nos delirantes, podem significar um ato de esconjuramento ou de defesa.

Uma mímica amaneirada, isto é, evidenciada com afetação e artifício, é própria dos dementes precoces, se bem que, por vezes, se exteriorize nos psicastênicos e nos histéricos. A estereomímia consiste em repetir, durante horas, dias, semanas, de modo monótono e desigual, caretas, entrugamento dos supercílios, dilatação das narinas, etc.

O riso e o choro, que constituem as duas expressões típicas da emoção alegre ou triste, apresentam com freqüência caracteres patológicos.

O riso pode ser franco, falso, sardônico ou estulto, como também uma manifestação irresistível ou de duração insólita (imbecilidade) ; rumoroso e despro-

porcionado com o motivo que o haja provocado (maniacos, imbecis, dementes precoces) ; clamoroso e desarmônico, como succede com os paralíticos, que riem só com os olhos e com o diafragma ; solitário, quando fôr a expressão de solilóquio (psicastênicos, dementes, etc.) ; contínuo, quando revela reacção estereotipada para cada emoção ou representação.

O pranto é freqüente em alguns dementes ; também choram os apopléticos por incontinida emotividade, os histéricos antes ou depois do ataque. Nos melancólicos simples pode ser facilimo provocá-lo, nos ansiosos é contínuo, monótono, acompanhado de gemidos ritmados, às vêzes espasmódicos. Há por outro lado, melancólicos que se dizem incapazes de verter uma lágrima, como se estivessem empedernidos pela sua própria dor. Tal se dá na chamada anestesia dolorosa.

Característico é o pranto rumoroso e bulhento dos paralíticos gerais, e não menos típico ou não menos rumoroso, acompanhado de lamúrias, o dos psicastênicos.

Em alguns doentes, a passagem do riso ao pranto e vice-versa se executa com extraordinária facilidade. O maníaco enxuga as suas lágrimas com risadas ; o paralítico passa da sua jocosidade, na qual se sente perfeitamente bem, à dor mais profunda por causas fútilissimas ; a histérica suspende as suas lágrimas e os seus queixumes apenas realizando o seu objetivo.

O chôro e o riso espasmódicos, que nos hemiplé-

gicos e sobretudo nos pseudos bulbares irrompem rumorosos, imotivados, irrefreáveis, são devidos à diminuição do poder inibidor da cortiça cerebral sôbre o tálamo ótico, por lesão cortical ou córtico-bulbar.

II. *Linguagem.*

Na semiologia da linguagem devem ser examinados os gestos e a linguagem no tocante à fonação e à articulação, à escrita e à linguagem figurada.

A. *Gesticulação.* — Os distúrbios da gesticulação são idênticos aos da mímica facial emotiva e resultam dos movimentos que são executados pelos órgãos principais da linguagem mímica, pelas mãos e pela cabeça. A observação do modo de expressar-se pelas mãos e pela cabeça é de grande utilidade diagnóstica, pois que, estando a mímica em relação constante com determinadas emoções, idéias e tendências, permite julgar-se a natureza, a intensidade e o desenvolvimento, as associações e transformações dos estados interiores.

Hipersemia é o exagêro das gesticulações ; hipossemia, a diminuição ; assemia, a ausência. Na hipersemia se observa : gesticulação ampla, vivaz, excessiva e é própria dos exaltados em geral (hipomaniacos, maniacos, intoxicados agudos, alcoólicos, etc.) ; a hipossemia, traduzindo-se por gesticulação lenta e escassa, reduzida a sinais indicativos, é própria dos deprimidos (melancólicos, hipochondríacos, neurastênicos). A assemia, isto é, a falta de tôda gesticulação, pode ser pro-

duzida seja pela concentração de um pensamento doloroso (melancólico), seja por um retardo no processo da ideação, ora por suspensão da consciência (estuporosos), ora por dissolução da personalidade (demente), seja por uma inibição voluntária, como é o caso dos alucinados e dos delirantes, que não se querem trair, obedecendo assim a imposição alucinatórias.

A ecossemia é a reprodução dos gestos de outros. É comum na mania e na esquizofrenia. A parasssemia, isto é, a perversão da gesticulação, consiste numa modificação da forma do gesto, em que o movimento não corresponde a qualquer finalidade. Pertencem ao grupo da parasssemia as estereotípias devidas a um distúrbio da vontade.

Sob o nome de maneirismo da gesticulação se entendem tôdas as alterações do gesto que têm caráter artificial, de afetação e de estudo.

Sob o nome de estereotípia da gesticulação se compreendem todos os gestos que são repetidos de forma invariável pelo paciente, sem nenhuma razão e sem relação alguma com o conteúdo das palavras. Esquizofrênicos há que tocam as orelhas, outros levam a mão a cabeça, outros agitam um braço sem qualquer finalidade. Pura estereotípia são os gestos que muitos obsessivos, impulsivos, alucinados, fazem com o objetivo defensivo, acompanhando certas palavras, ou que alguns delirantes paranoídes intercalam a todo momento quando falam.

Além da mímica espontânea, convém examinar, não psicopata, a que é provocada. O apêto de mão-corresponde perfeitamente a esse escopo, pois que, sendo este adquirido por uma convenção social e tendo o valor de um símbolo, de uma palestra muda entre duas pessoas, é na semiologia psiquiátrica considerado como esprimindo, sinteticamente juízo, sentimento, vontade. Os melancólicos, por entrave psicomotor, não chegam a estender a mão, ou apenas a mover, esboçando o gesto; os maníacos e todo doente expansivo o exprimem calorosamente com um enérgico apêto de mão; o paranoíco desconfiado evita se comprometer ou, hostil, recusa-se estender a mão para cumprimentar; o demente precoce ora a estende, sem emprestar ao ato qualquer significação, ora toca a mão apenas com a ponta dos dedos, ou então a estende inerte e mole, sem estreitar a que se lhe dá, ou, ainda, depois de a haver estendido, a recolhe precipitadamente ao bolso, com indiferença. Certos dementes precoces têm um amaneiramento especial, mui característico, quando fazem o cumprimento com a mão, que Kraepelin observou definitivamente e que tem o nome de sinal de Kraepelin.

B. Linguagem. Os distúrbios da linguagem falada podem ser divididos em dois grupos — um consequente às alterações dos centros e das vias de condução (disfasia), outro de fenômenos dependentes tão só do estado psíquico. Ao primeiro grupo pertencem a disar-

tria, a anartria, a afasia motora, a afasia sensorial ; ao segundo, as alterações fonéticas, da dicção e do conteúdo ideativo.

1.º) *Distúrbios da linguagem devidos à alteração orgânica* : — A disartria que caracteriza a demência parafásica é a que se encontra também na epilepsia e ainda após o ictus apoplético. Por vezes, a articulação é perfeita, mas lenta — bradifasia. Finalmente pode se dar uma incapacidade absoluta de articulação — anartria.

Na afasia motora — afasia cortical de Broca — há impossibilidade de pensar a palavra com imagem de movimento ; daí a impossibilidade de exprimi-la. O indivíduo pode compreender o que se lhe diz, mas revela um acentuado grau de entraqüecimento mental.

A afasia sensorial de Wernicke consiste na perda, pelo menos incompleta, da capacidade de compreender e exprimir os sinais normais da linguagem. O doente se mostra prolixo, articula fácil e rápidamente, mas as suas palavras são incompletas e deformadas ; adota uma palavra por outra — parafasia ; cria novas palavras — jargonafasia. As palavras ouvidas são mal compreendidas e o comando só é executado quando simples ou fracionado. Por outro lado, reconhece os objetos e demonstra, pela mínima e pela gesticulação, o seu uso exato. A repetição da palavra é defeituosa, a leitura em voz alta e a leitura mental se mostram abolidas

ou limitadas (alexia), a agrafia é mais ou menos completa. Existe, ao demais, um entraqüecimento mental de diversos graus, mas sempre muito pronunciado.

Salvo a disartria e a anartria, que são comuns aos parafásicos gerais, a afasia é encontrada nos alienados só quando há hemorragias, amolecimento ou traumatismo cerebral.

2.º) *Distúrbios da linguagem dependentes do estado psíquico.*

A. *Distúrbios fonéticos* : O aumento da intensidade da voz se observa na maioria dos estados de exaltação. Outras vezes o doente, depois de muito falar, apresenta-se rouco. A diminuição da tonalidade da voz é típica dos estados de depressão.

O timbre da voz pode se apresentar modificado, sobretudo quando há transformação da personalidade. Alguns alienados dão à voz um timbre especial, ora nasalado, ora guttural ou de falsete ; assim, o maníaco o faz por gracejo, o esquizofrênico por afetação, a histérica por galanteio e o perseguido para lançar imprecações. Alguns indivíduos, por debilidade mental congénita ou por insuficiência testicular, tem a chamada voz eunucóide.

O paranoíco, com delírio persecutório e grandioso, fala em tom grandiloquente, bombástico, doutrinário, acentuando certas frases. O melancólico, em regra, quando fala, não muda o tom da voz e é monótono. O demente precoce catatónico pronuncia, às vezes du-

rante horas inteiras, uma só e mesma palavra ou frase, sempre igual, sem significação, accentuando ou diminuindo o tom da voz (verbígeração).

B. *Distúrbios da dicção* : A dicção pode se mostrar alterada na emissão ou na successão das frases. Encontramos, assim : distúrbios de forma, gramaticais, de syntaxe e de elocução.

a) *Distúrbios de forma* : A dicção é, via de regra, comprometida nos estados de excitação (verbosidade) e, quando a successão da palavra se opera como um fluxo contínuo, desconexo, diz-se que há logorréia. Esta é, em geral, sequência de uma ideorréia. Nos estados depressivos, a dicção está quase sempre diminuída (hipofasia). Quando a palavra é lenta, há bradifasia. Em grau maior teremos o mutismo.

No chamado mutismo verbal vesânico, o indivíduo não quer ou não pode falar, embora estejam íntegras as vias de condução da linguagem. No mutismo histérico, o indivíduo não fala mas se exprime pela mímica. O mutismo involuntário pode depender : de um defeito da vontade — o doente move os lábios, mas não articula (melancolia), ou ser determinado :

por uma confusão ideativa — incapacidade de pensar ; por estupor — entrave psicomotor (melancolia) ; por idéias delirantes que absorvem a atenção do doente ; por enfraquecimento ou perda da memória das imagens verbais (afásicos) ; por pobreza ou enfraquecimento mental — idiota ou demente — nada tem a exprimir ;

por idéia de indignidade — não fala por ser indigno de ser ouvido ;

por idéias de negação — não fala porque não tem mais boca ;

por idéia de perseguição — não fala pelo temor de ser traído ;

por um distúrbio da vontade — negativismo dos dementes precoces.

Na classe da parafasia, com perversão da dicção, figuram a ecolália e a ecofasia, a mussitação, a verbígeração, a angofasia e a embolofasia.

Na ecolalia há repetição automática da última palavra ouvida.

Na ecofasia há repetição automática da última palavra da pergunta feita.

Na auto-ecolália há repetição automática da última palavra pronunciada (dementes precoces).

Na mussitação a palavra se torna lenta, fragmenta-se, torna-se incompreensível.

Na angofasia a palavra é penosa, aspirada (melancolia ansiosa).

Na embolofasia há intercalação de palavras ou frases, por vézes obscenas, devidas a alucinações.

b) *Distúrbios da gramática e syntaxe* : Freqüentes nos perseguidos, nos megalomaniacos, nos psicopatas com transformação da personalidade (o doente, como as crianças, fala na 3a. pessoa). Falta de concordância entre o sujeito e o verbo, como se observa nos parafásicos gerais, quando há dissolução da linguagem.

c) *Distúrbios da elocução* : Nos oligofrênicos, a pobreza de estilo é conseqüente à pobreza imaginativa ; nos delirantes metabólicos, a linguagem se torna vaga, nebulosa ; nos exaltados há prolixidade ; nos esquizofrênicos há, por vezes, estilo telegráfico.

O falar de certos doentes é amaneirado — maniacos, esquizofrênicos, histéricos — eivado de diminutivos, caracterizando-se por afetação, ênfase.

d) *Distúrbios do conteúdo ideativo* : O exame da linguagem nos revela : neologismo, incoerência, estereotípias, amaneiramentos.

Os neologismos são palavras novas elaboradas pelo doente ou empregadas com acepção diversa do seu significado habitual. Consigna-se o seu aparecimento sobretudo nos esquizofrênicos já em caminho da cronicidade. Diversos em cada indivíduo, têm, também, diferentes significados : ora são nomes alusivos a pessoas ou símbolos, ora fórmulas de esconjurios, novas descobertas, etc.

A incoerência é representada pela emissão de palavras e de frases sem nexos ou sentido. Pode esta ser devida a um distúrbio da memória, a alucinações, a dificuldades associativas e ainda ao suceder tumultuário de idéias. Salada de palavras dos dementes precoces catatônicos. As estereotípias verbais equivalem às mínimas.

C. *Escrita* : Na escrita, função análoga à da palavra, encontramos as mesmas alterações, isto é, distúrbios devidos à alteração dos centros e das vias de

condução e distúrbios dependentes exclusivamente do ato psíquico do indivíduo.

1.º) Distúrbios da escrita nas alterações orgânicas. Lembraremos a agrafia, a paragrafia, que correspondem à afasia e à parafasia, mas que, quase sempre se associam à afasia e a tôdas aquelas disgrafias que são devidas à paralisia do braço direito, à ataxia, ao tremor e à coreia.

Nos hemiplégicos direitos a paralisia do braço impede mais ou menos a escrita.

Característica é a escrita atáxica dos paralíticos, seja pelo trêmulo, seja pela omissão de letras, de sílabas, quando a doença vai mais avançada.

Nos casos em que há tremores dos dementes senis, em epiléticos após os acessos, nos alcoolistas, nos parquinsonianos, a escrita é pequena, hesitante, trêmula.

Na coreia os sobressaltos musculares agitam o braço e a escrita se torna, com o tempo, ilegível.

2.º) Distúrbios da escrita dependentes do estado psíquico :

a) *Distúrbios do tipo*. Nos excitados, a escrita é habitualmente grande, bem traçada, ao passo que nos estados depressivos é pequena, irregular, trêmula. Alguns perseguidores ou megalomaniacos subinham ou escrevem em caracteres mais marcados as palavras concernentes às suas idéias delirantes.

Nos doentes com profundos distúrbios da memória e da razão (dementes), a letra se deforma, torria-se

incompreensível, sem direção, transformando-se em verdadeiros garranchos.

O neografismo são letras de nova formação, que não têm significado senão para o indivíduo, que as escreve e equivalem aos neologismos da linguagem falada. Os amanheiramentos são próprios dos dementes precoces e consistem em letras cheias de arabescos, sinais ininteligíveis, contorsões e rabiscos.

b) *Distúrbios na compilação* : No estado de depressão o doente escreve lentamente, para no meio da frase, interrompe as palavras, em virtude da grande fadiga (barragem psicomotora). Pelo contrário, o indivíduo com o tonus sentimental elevado escreve rapidamente e não se cansa jamais. Escreve sobre todo o papel que lhe cai às mãos — jornais, papel de embrulho — e ainda nas paredes, no chão e nas roupas (gratorrêia ou grafomania, observada sobretudo nos maníacos). O parafísico, em geral, segura mal a pena, escreve de modo estranho, omitindo sílabas. Os dementes precoces oferecem numerosas afetações, seja no modo de segurar a pena, seja na direção da caligrafia.

A alteração da sintaxe é similar à da linguagem falada. Quando na escrita surgem erros crassos e se trata de um indivíduo culto, há que se pensar na parafísia geral.

c) *Distúrbios do conteúdo* : Os escritos dos psicopatas revelam frequentemente as suas idéias delirantes, insuficiência ou enfraquecimento psíquico.

A gratorrêia dos exaltados deve ser distinta da

grafomania dos neurastênicos, dos hipochondríacos, dos obbedados. Nos primeiros, o escrever é uma das manifestações da necessidade de agir e por isso os escritos contém coisas dispartadas — petições, cartas a amigos, artigos para jornais, etc. Nos segundos, a escrita constitui lembretes de todos os fenômenos mórbidos percebidos pelo doente, que se empenha em nada esquecer quando consulta o médico.

A escrita é dita automática quando o indivíduo está em estado de transformação, de dissolução, de desdobramento da personalidade e não tem plena consciência do que escreve. A escrita automática é um fenômeno que se pode observar na epilepsia, na histeria e no estado de transe mediúnico.

Linguagem figurada : Em alguns alienados com delírio persecutório, de grandeza, há, não raro, certa tendência a reproduzir, em desenhos, em plástica, as suas idéias delirantes. Em regra, porém, os trabalhos artísticos dos psicopatas se caracterizam pela sua forma rústica, primitiva, o que tem levado alguns autores a procurar demonstrar a sua semelhança com trabalhos idênticos elaborados por selvagens e por crianças, buscando, assim, demonstrar que o espírito humano passa por uma fase ancestral na sua evolução, revertendo a esse estado quando uma doença compromete, de modo mais ou menos pronunciado, o psiquismo. Por vezes os desenhos têm, evidentemente, relação com o erotismo do indivíduo, que se compraz em desenhar quadros obscenos ou figuras representando órgãos sexuais. Esta

tendência tem, para os psicanalistas, um grande valor, tanto assim que buscam também estabelecer analogia com figuras simbólicas feitas pelos doentes, procurando sempre ver alusões ao sexo, a complexos recalçados ou a desejos não realizados.

III — *Conduta.*

A conduta se compõe de todos os atos, simples ou complexos, isolados ou associados, voluntários ou involuntários, visando ou não determinado objetivo, que em conjunto representa, de um modo genuíno, a objetivação do caráter individual e da personalidade nas suas relações com o ambiente.

Este é o mais importante critério diagnóstico de uma psicose, pois só pela conduta, pelos atos mórbidos, se pode julgar se um indivíduo está ou não são da mente.

No exame da conduta do alienado o conjunto das ações deve ser considerado à parte das ações singulares ; a primeira é a expressão da atividade psicomotora em geral e do caráter ; as segundas procedem da tendência à conservação, à reprodução e às relações com a família e com o ambiente social.

A. *Distúrbios da atividade psicomotora e do caráter :*

1.º) *Distúrbios da atividade psicomotora.* A atividade psicomotora é a base da transformação dos estímulos externo ou interno, da sensação ou da idéia, em

impulsos centrifugos que se tornam conscientes e podem ser inibidos e regulados.

a) Distúrbios formais, que se observam na atividade geral e se distinguem em três grupos, conforme a atividade geral aumenta, diminui ou fica suspensa, e têm respectivamente a denominação de agitação, depressão ou estupor.

b) *Agitação.* Dá-se esse nome ao aumento da atividade geral, produto de um estado emotivo patológico, quase sempre alegre, raramente triste. A agitação é típica do maníaco. Estes doentes têm necessidade contínua de movimento, assim é que oferecem uma sequência ininterrupta de movimentos mais ou menos violentos, sem que acusem cansaço.

Em outros casos a agitação se acompanha de cólera, de furor, mas em geral de modo transitório. Quando tal ocorre há, via de regra, conexão com alucinações ou idéias delirantes, que se produzem de modo automático, sem nenhuma relação, nem com o sentimento, nem com os distúrbios psico-sensoriais ou com idéias delirantes. São, sobretudo, os oligofrênicos e os dementes que nos mostram essa agitação automática.

Mais raramente ditos distúrbios psicomotores se desenvolvem em estados emotivos tristes. Neste caso a agitação se complica de ansiedade, como se nota nos melancólicos, nos hipocôndriacos e nos obsecados, acompanhando-se de desespêro.

c) *Depressão.* Assim se denomina a diminuição da atividade geral, conseguinte a um estado emotivo patológico de colorido triste.

A depressão, caracterizada pela melancolia, se acompanha de sensação de mau estar e de prostração, por uma lentidão mais ou menos pronunciada dos processos psíquicos e motores (barragem psicomotora). Assim, os melancólicos estão sempre fatigados, prostrados, movendo-se lentamente. A depressão, via de regra, traz certo abaixamento do tonus neuropsíquico.

d) *Estupor*. Por estupor se designa a abolição de toda manifestação exterior da atividade (barragem psicomotora), devida a um estado emotivo penoso ou ainda à abolição de todo tonus emotivo.

O doente em estado de estupor permanece imóvel como uma estátua, com os membros pendentes, em atitude de completa passividade. Não engole alimentos, mesmo quando são estes colocados na boca. Não fala nem exprime através da mimica qualquer desejo, emitindo, outrossim, fezes e urina.

Dita imobilidade desses doentes pode ser devida a diversas causas. Quando o estado emotivo é profundamente triste (melancólico), a inércia depende do fato do espírito se encontrar absorvido nas idéias delirantes penosas ou na desorientação causada pelas numerosas alucinações (delírio terrificante). Na ausência de um fator emocional, a origem desse estado depende, em geral, da suspensão da atividade psíquica (demência confusional estúpida), da eficiência ou ainda do enfraquecimento mental (idiotia ou estado demencial).

Na esquizofrenia o estado estuporoso, não raro, se associa ao negativismo.

e) Às alterações intrínsecas ou de conteúdo da atividade psicomotora corresponde a apraxia, isto é, a impossibilidade de executar movimento com um determinado escopo, embora exista a conservação da inteligência e da motricidade.

A apraxia não deve ser confundida com a agnosia. Oagnóstico tem um defeito de identificação dos objetos, o apráxico tem o da utilização.

A apraxia pode ser dividida em ideativa e em ideomotora. Na apraxia ideativa (tipo Pick) a execução do movimento é desordenada em consequência do defeito de atenção, assim é que a desordem se atenua quando o doente concentra a atenção e aumenta conforme a complexidade do ato. Na apraxia ideomotora de Lipmann há uma inadaptação intelectual dos gestos realizados com uma dada finalidade, o doente conhece perfeitamente a teoria de um dado movimento, mas é incapaz de pô-lo em prática; assim, tomará, por exemplo, uma escova e a esfregará nas mãos; segurará um garto e o utilizará à guisa de faca.

Estes distúrbios apráxicos são assaz comuns na esquizofrenia, na senilidade, nos paralíticos gerais, nos apopléticos e em certos casos de neoplasia cerebral.

2.º) *Distúrbios do caráter*: Por caráter se entende o comportamento do indivíduo nas suas habituais relações com o ambiente social e doméstico. O modo ordinário de agir e reagir, tanto no indivíduo são, como no doente, é resultante dos sentimentos, já instintivos, já representativos, que dominam a síntese da personalidade.

Ora, estando a esfera sentimental habitualmente alterada ou turbada no psicopata, observam-se as mais variadas modalidades de egoísmo — loucos morais, melancólicos, paranoicos, alcoólatras, morfínistas, histericos, neurastênicos. Entre os tipos patológicos deveremos recordar o bizarro, que freqüentemente caracteriza o degenerado ; o violento e impulsivo, que distingue um hipomaniaco ; o alucinado, o epilético, o intoxicado, o indifferente que, no seu mais alto grau, torna-se apático. Para se aquilatar do caráter não basta o interrogatório, mas impõe-se um período mais ou menos longo de observação e um estudo prolongado do paciente e ainda dados referentes à fase pré-psicótica.

3.º) *Distúrbios da atividade* : Os atos patológicos executados pelos psicopatas são numerosísimos e seria impossível enumerá-los todos, sem deixar de mencionar vários. Seguindo o exemplo da maioria dos autores, adotaremos a classificação de Spencer, que ainda hoje é a que melhor corresponde às necessidades de um tal estudo.

Atos concernentes à conservação individual.
Estes atos são os que compreendem as relações do ins-tinto de nutrição e de conservação.

Instinto de nutrição : Quando existe um aumento d'este instinto, há voracidade (idiotia, imbecilidade, demência) e bulímia, isto é, a necessidade freqüente de alimentos (histeria, imbecilidade, cretinismo). Digno de menção é o mericismo, isto é, a regurgitação do conteúdo gástrico.

A diminuição do instinto de nutrição se imbrica com o sentimento de fome (inapetência), apatia nutritiva (anorexia), recusa obstinada de alimentos (sifofobia).

A sifofobia é freqüente no psicopata e pode ser devida a —

- a) idéias de suicídio — o psicopata quer morrer a fome (melancólico) ;
- b) idéias de culpa ou de indignidade — não come porque é indigno de tal (melancólico) ;
- c) idéias de envenenamento — receio de ser envenenado (paratrênicos, paranoicos) ;
- d) idéias religiosas — recusa alimentar-se para salvar a alma (melancólico) ou elevar-se da miséria da carne (paranóico místico) ;
- e) idéias de negação — não come porque não tem mais órgãos digestivos (melancólico parafísico geral) ;
- f) idéias de immortalidade — não come porque pode viver sem se alimentar (Cotard) ;
- g) idéias fóbicas ou obsessão — não come pelo receio de micróbios (psicostênicos, obsessivos) ;
- h) alucinação imperativa — uma voz o proíbe de comer (delírio religioso) ;
- i) negativismo — não come por espirito de opposição (demente precoce catatônico) ;
- j) barragem — não pode realizar os movimentos necessários para tomar os alimentos, mastigá-los, degluti-los ;
- k) inconsciência — não come porque não tem consciência das suas próprias necessidades (demência grave).

A perversão do instinto de nutrição se manifesta sob formas variadas, ora de preferência ora de repugnância por certas substâncias alimentares ou por certas bebidas, ora pela tendência a ingerir substâncias não comestíveis ou repugnantes.

Assim ocorre na dipsomania, na hidrofobia, na geofagia, na coprofagia, na necrofagia.

Podem-se observar, ao demais, atos relacionados ao instinto de conservação, à reprodução da espécie, às relações materiais do indivíduo com o ambiente social e ainda atinentes aos sentimentos religiosos e estéticos.

INTERROGATÓRIO E PROVAS PSICOLÓGICAS

A par dos exames acima mencionados, há ainda a considerar a necessidade de se processar uma fina análise psicológica, a fim de se estabelecer em que consistem os efeitos determinados pela anomalia ou pela moléstia mental sobre o complexo dos elementos que constituem a personalidade. Sendo a palavra o instrumento mais importante do pensamento, dever-se-ão recorrer da conversação todos os dados que permitam conhecer, por assim dizer, os íntimos recessos do psiquismo. O interrogatório constitui, pois, a operação fundamental de todo exame psicológico.

Ao lado do interrogatório, embora constitua um processo especial de indagação, devem-se considerar, outrossim, as provas psicológicas experimentais que visam estudar o conteúdo da consciência, decomposta nos seus diversos elementos constituintes, seja se obser-

vando a propriedade qualitativa e quantitativa desses mesmos elementos, seja ainda com o escopo de se descobrir, quando possível, o modo exato das relações de consistência e sucessão.

Tais pesquisas impõem, quase sempre, uma ativa participação da consciência, mas têm limitada aplicação pela necessidade de aparelhamento custoso e de variadas condições psíquicas do indivíduo, de forma a se realizar o experimento com resultados precisos. Por isso não podem ser postas em execução, via de regra, na prática, só nas clínicas e hospitais, e, ainda assim, sua maior utilidade está na aplicação nos casos em que há entraquecimento mental adquirido ou deficiência psíquica congênita.

* * *

EXAME DO DOENTE MENTAL

1) Anamnese

- a) IDENTIFICAÇÃO : Nome, sexo, côr, raça, nacionalidade, estado civil, idade, grau de cultura, profissão, religião, residência.
- b) ANTECEDENTES FAMILIARES : Existência de alcoolismo, sífilis, neuropsicopatias, doenças familiares, suicídios, atos delituosos, etc., na família.
- c) ANTECEDENTES PESSOAIS : Condições de gestação, parto, desenvolvimento somatopsíquico. Moléstias peculiares à infância. Traumatismos crânio-encefálicos, convulsões, enurese, sonambulismo, coréia, encefalites, meningites. Menarca ; ciclo menstrual.
Vida sexual. Passado venéreo-luético, alcoolismo, toxicomanias. Trabalhos exaustivos, traumatismos emocionais, conflitos sociais. Condições do ambiente doméstico, educação, escolaridade, crenças religiosas.
Passado pré-psicótico ; constituição mental (ciclótica, esquizotímica, hiperemotiva, paranóide, perversa, mitomaniaca, etc.).
- d) HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL : Início e duração da doença. Causas psíquicas e orgânicas (desajustes emocionais, revêzes financeiros, sobrecarga de trabalho, mudanças de ambiente, apreensões sobre a própria saúde, traumatismos, toxí-intecções, etc.). Descrição dos sintomas. Notícia de distúrbios mentais em época anterior. Interrogatório acêrca dos aparelhos e sistemas.

2) Exame Somático

- a) EXAME GERAL : Tipo constitucional, de acôrdo com a classificação de Kretschmer (leptosomático, atlético, pícnico, displásico).
Estado da pele, mucosas, sistema piloso, dentes, pâncrelo adiposo, musculatura, arcabouço ósseo, etc. Estigmas físicos degenerativos.
 - b) EXAME ENDOCRINOLÓGICO.
 - c) EXAME NEUROLÓGICO.
 - d) EXAME DOS DEMAIS APARELHOS E SISTEMAS.
- 3) Exame Psíquico
- a) EXAME GERAL : Fácies, attitude, vestuário, palavra falada e escrita, atividades produtivas, ambiente.
 - b) EXAME DAS FACULDADES MENTAIS : *Atenção* (hiperprosexia, hipoprosexia, aprosexia), *percepção* (alucinações, ilusões), *memória* (hipermnésia, hipomnésia, amnésia, paramnésia, dismnésia), *imaginação* (exaltada, diminuída, abolida), *associação ideativa* (taquipsiquia, fuga de ideias, bradipsiquia, interceptação do pensamento, salada de palavras, etc.), *juízo* (delirios de auto-acusação, de perseguição, de influência, de defesa, de grandeza, hipocondríacos, de negação, de enormidade, eróticos, místicos, de transformação corporal, etc.), *orientação auto e alopsíquica* (satisfação, diminuída, abolida), *consciência* (aumentada, diminuída, abolida, noção do próprio estado mórbido), *inteligência* (supranormalidade, infra-normalidade ou oligofrenia, rebaixamento intelec-

tual, estado demencial), *atividade* (aumentada, diminuída, abolida, pervertida, estado ansioso, fobias, idéias obsessivas, etc.), *sentimentos éticos* (escrúpulos excessivos, amoraldade, imoralidade, etc.), *vontade* (hiperbulia, hipobulia, abulia, ambivalencia, estereotípias, impulsões, catatonia, negativismo e outras parabulias), *iniciativa pragmática* (aumentada, diminuída, abolida), *atividade* (anorexia, sitofobia, bulimia, dipsomania, desvios sexuais, colecionismo, avareza, prodigalidade, desvulnerabilidade, agressividade, autornutilizações, tentativas de suicídio, atentados aos costumes, atos delituosos, etc.).

4) *Exames Complementares*

Reações de Wassermann, de Kahn e outras no sangue. Exames : líquido cefalorraquidiano, radiológico, neuro-ocular, neuro-otolaringológico, hematológico, metabolismo basal, etc. Testes psicológicos (testes de Binet-Simon, de Rorschach, de Szondi, T. A. T., etc.).

5) *Stimula*

6) *Diagnóstico*

Indivíduos normais, fronteiriços e psicopatas (neuroses, psicoses, entorpecimentos psíquicos, alienação mental, enfermidade mental, estado demencial, etc.).

CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS MENTAIS

- 1) Psicoses infecciosas.
 - 2) Psicoses autotóxicas.
 - 3) Psicoses heterotóxicas (alcoolicismo, morfínomania, cocaínomania, barbiturismo, maconha, etc.).
 - 4) Esquizofrenia ou demência precoce.
 - 5) Paratrenia.
 - 6) Paranoia.
 - 7) Psicose maníaco-depressiva.
 - 8) Psicoses de involução.
 - 9) Psicoses por lesões cerebrais e demências terminais (acidentes vasculares do cérebro, arteriosclerose cerebral, traumatismos crânio-encefálicos, etc.).
 - 10) Neuroleses.
 - 11) Paralisia geral.
 - 12) Psicoses epilépticas.
 - 13) Psicose neuroses (histeria, neurastenia, psicastenia, neuroses de situação ou de reação, etc.).
 - 14) Personalidades psicopáticas.
 - 15) Oligofrenias (debilidade mental, imbecilidade, idiotia).
 - 16) Ainda não diagnosticados.
- 7) *Prognóstico, Assistência, Terapêutica.*
- 8) *Evolução.*

SEMILOGIA PSICOSSOMÁTICA

PRÉ-ANAMNESE : Vinculação afetiva. Empatia. Procurar sintonizar-se com o paciente. Atenção. Bondade. Paciência.

ANAMNESE :

Nome :

Sexo :

Idade :

Estado civil :

Nacionalidade : Naturalidade : Procedência:

GRAU DE INSTRUÇÃO : Analfabeto. Primária, secundária, superior.

PROFISSÃO :

CRENÇAS RELIGIOSAS : Tendências filosóficas ou espiritualistas.

SITUAÇÃO ECONÔMICA : Indigente, pobre, remediado, abastado.

SITUAÇÃO ATUAL : Empregado, desempregado, licenciado, aposentado, independente, capitalista.

SITUAÇÃO PERANTE A FAMÍLIA : É arimo ? Auxíliar na manutenção ? Não auxíliar ? É sustentado ?

SITUAÇÃO MILITAR : É reservista ? 1a., 2a. ou 3a. categoria ? É oficial da reserva ?

ATTITUDE PERANTE O MÉDICO : Cooperante, dócil, indiferente, tímido, desconfiado, céptico, reservado, irritado, malicioso, mítômano, orgulhoso.

VESTUÁRIO : Desasseiado, negligente, apurado, excêntrico.

Humor :

a) *Triste* — Idéias de incurabilidade. Pessimismo. Desânimo. Desejo de morrer. Idéias de suicídio.

b) *Alegre* — Euforia. Otimismo. Vontade de curar-se. Expansividade.

c) *Indiferente* — Ceticismo. Cortorismo. Resignação.

ESTADO EMOCIONAL : Hiperenotivo. Ansioso. Lamenturante. Chorão. Impulsivo. Explosivo.

FATORES AMBIENTAIS DURANTE A INFÂNCIA E O

CRESCIMENTO

a) Primeira infância.

b) Relações familiares, amizades.

c) Relações sociais.

d) Doenças físicas.

e) Desenvolvimento psíquico.

f) Vida sexual.

g) Inclinações.

h) Designios, propósitos e ambições.

i) Escolaridade.

VIDA SOCIAL ATUAL : Relações com o outro cônjuge, com os pais, irmãos, colaterais, amigos, colegas e estranhos.

CAPACIDADE PARA RESPONDER AO INTERROGATÓRIO :

Responde de forma precisa, lenta, monossilábica, prolixa, clara, confusa, pueril ou amnésica, traz relatório escrito ? (Resumir)

CONDUTA : Normal. Irregular. Tendência ao álcool, ao jôgo, à prostituição, aos atos criminosos ?

CONCEITO QUE O PACIENTE FAZ DA SUA PRÓPRIA DOENÇA
A que a atribui ? Como a descreve ? Onde a lo-

caliza ? Como a classifica ? Julga-a grave ou benigna ? Como a tem tratado ?

REAÇÕES DO PACIENTE ANTE A DOENÇA : Abandonou as suas actividades ? Estudo ou trabalho ? Trabalho manual ou intelectual ? Há quanto tempo ?

ADAPTA-SE MAL ÀS EXIGÊNCIAS IMPOSTAS PELA DOENÇA :

Tratamentos ? Regimes ? Repouso ? Encontra na doença pretexto para fugir aos seus deveres ? Recebe pensão ? Pleiteia indemnização ? Intentou alguma acção ? Reagiu de alguma forma ? Foi acidentado ? Quantas vezes ? Quando e como ? Mostra desejo de voltar ao trabalho ? Procura fugir a qualquer responsabilidade alegando doença ?

Mostra-se preocupado com a sua situação ? Está preocupado com as condições da família ?

Em que se ocupa durante o dia ?

Frequenta diversões ? De que espécie ?

Procura enganar o médico ? É verdadeiro ? É exagerado ? É mítomano ? Porque procura o médico ?

DOENÇAS ANTERIORES : Já foi examinado por outros médicos ? De que especialidade ? Quais as principais doenças registradas no passado mórbido ? Já fez alguma intervenção cirúrgica ? Qual ? Já fez exames paracelínicos : — urina ? fezes ? sangue ? líquido céfalorraquidiano ? Ratos X ? M. B. ? E. C. G. ? E. E. G. ?

Esteve hospitalizado ? Onde ? Porque ?

É alcoólatra ou toxicômano ?

VIDA SEXUAL : É continente ? Impotente ? Masturbou-se ? Tem relações sexuais ? — Iniciação, forma, frequência.

EXISTE SUSPEITA DE CAUSA PSICÓGENA OU DE COMPONENTES NEURÓTICOS ? Decepção amorosa ? Desarmónia conjugal ? Perda de pessoa da família ? Revêzes financeiros ? Desemprego ? Frustrações ? Desgostos ? Remorso ? Medo — real ou mórbido ? Fobias ? Ideias obsessivo-compulsivas ? Ideias fixas ? Ideias obsessivas relativas a sofrimentos físicos ou morais ? Ideias hipochondríacas ? Cenestopatias ? Sensação de tensão, pressão, peso, inchação, obliteração, vazio, entupimento ou obstrução, queimadura, ardor, frio, calor, movimento ?

GRAU DE INTELIGÊNCIA : Q. I. superior a 70 ? — Empregar, para isso, o teste de Koenning e Smith adaptado ao meio brasileiro :

- 1) Quando nasceu ? 2) Quantos dias tem a semana ?
- 3) Quantos meses tem o ano ? 4) Qual é o quarto mês do ano ? 5) Se um pacote de cigarros custa 3 cruzeiros e 50 centavos e se V. ao pagar der uma nota de 5 cruzeiros, quanto deverá receber de troco ? Se V. fizer uma compra de 25 cruzeiros e pagar com uma nota de 200 cruzeiros, quanto deverá receber de troco ?

(Todo o individuo com Q. I. superior a 70 responde a esse teste).

ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS : Existe doença hereditária na família ? De carácter dominante ou recessivo ? Na linha materna ou paterna ? Vivem os pais ? São sadios ? Caso contrário, de que faleceram ? Quantos irmãos ? Há doença semelhante entre eles ? E entre os colaterais ?

EXAME FÍSICO :

CONSTITUIÇÃO MORFOLÓGICA : Astênica, pícnica, atlé-
tica, displásica.

FACIES :

ESTADO GERAL DE NUTRIÇÃO : Peso ? Altura ?

Temperatura ?

PELE : Coloração, dermatofitismo, sudação, horripila-
ção, exantemas, urticária, eczema, prurido, escoria-
ções neuróticas, cicatrizes, tatuagens, estado das
mucosas ?

APARELHO CIRCULATÓRIO : Hipertensão, hipotensão, pal-
pitações, eretismo cardíaco, arritmias, taquicardia,
dores anginais, opressão pré-cordial, síncope,
enfarte ? E. C. G. ?

APARELHO GASTROINTESTINAL : Estado dos dentes, das
gengivas, da língua ? Dificuldade na deglutição ?
Apetite, digestão, eructações, aerofagia, náuseas,
vômitos, icterícia, diarreia, constipação, dores ab-
dominais, colites, hemorroides ? Exames das fe-
zes ?

APARELHO RESPIRATÓRIO : Dispneia, tosse, dores to-
ráxicas, bronquite, asma ?

APARELHO GENITURINÁRIO :

No homem : enurese, poliúria, polaciúria, prostatite,
masturbação, impotência ?

Na mulher : enurese, poliúria, polaciúria, masturba-
ção, frigidez, vaginismo, menstruação, gravidezes,
abortos, partos, afecções ginecológicas ?

DISTRÚBRIOS ENDÓCRINOS : Hipertireoidismo, hipotiroi-
dismo, magreza, obesidade, diabetes ?

SONO : Insônia, hipersônia, sono entrecortado, sonhos,
pesadelos ?

EXAME NEUROLÓGICO :

Sistema motor voluntário : Atitudes anormais.
Deformidades.

Coordenação :

Equilíbrio — Sinal de Romberg. Dismetria. Adio-
docinesia.

Palavras — Disartria. Anartria. Palavra escân-
dida.

Movimentos involuntários — Tremores. Contra-
ções pupilares. Movimentos coreiformes ou ate-
tóxicos. Espasmos. Tiques. Convulsões.

Reflexividade — Reflexos profundos : Reflexo bi-
cipital, tricipital, radial, patelar, de Aquiles. Re-
flexos superficiais : abdominais, cremastéricos,
de Babinski.

Fôrça muscular — Estado muscular : atrofia, hi-
pertrofia, rigidez, flacidez.

Sensibilidade — Tátil, térmica, dolorosa. Sentido
estereognóstico.

Nervos cranianos :

Nervo olfativo — Olfato.

Nervos óticos — Motor ocular comum e motor ocu-
lar externo : Visão. Fundos oculares. Pupi-
las (tamanho, igualdade, forma). Hippus. Rea-
ção pupilar à luz. Reação pupilar à convergên-
cia. Argyll. Posição dos olhos. Estrabismo.
Movimento dos olhos. Nistagmo.

Nervo acústico e ouvido — a) Coclear. Audição.

b) Vestibular.

Nervo trigêmeo — Bôca. T. motor. Reflexo con-
juntival. Anormalidades da bôca, inclusive
dentes.

Nervo facial — Facial inferior e superior. Articulação das labiais.

Nervo glossofaringeo — Pneumogástrico. Faringe e laringe. Gôsto, posição da úvula. Reflexo palatino. Reflexo faringeo. Fonação. Reflexo óculo-cardíaco.

Nervo espinal — Posição e força muscular do pescoço.

Nervo hipoglosso — Língua. Posição da língua e protusão. Movimentos da língua. Articulação. Estado trófico e anormalidades da língua. Tremores fibrilares.