

## PSICOPATOLOGIA E CLASSIFICAÇÃO EM PSQUIATRIA

## PSYCHOPATHOLOGY AND PSYCHIATRIC CLASSIFICATION

### Resumo

A saúde mental, antes focada principalmente na patologia psiquiátrica, tem como objeto de estudo todo o contexto biopsicossocial no qual o sujeito está inserido. Além disso, mais recentemente, tem surgido maior interesse na investigação das possíveis diferenças entre gêneros.

Sobre a mente feminina, é imprescindível que os profissionais da saúde tenham a atenção e o conhecimento necessários sobre os transtornos psíquicos associados ao ciclo reprodutivo, devido tamanha repercussão que causam não somente à paciente.

Diversas questões ainda estão em aberto no que se refere a um tema tão amplo quanto à saúde mental da mulher. Neste artigo traremos um breve panorama histórico, atualidades e perspectivas.

**Palavras-chave:** Mulher; Cuidado; Saúde Mental.

### Abstract

Mental health, formerly focused on the psychiatric pathology, has as main goal of study the biopsychosocial context in which the patient lives. Also, more recently, there has been a greater interest in the investigation of the possible implications of the gender in mental health. Regarding the women's mind, it's crucial that health carers pay attention to the mental disorders related to the reproductive cycle, and its repercussions over the patients and those near her.

Several issues regarding women's mental health remain open to discussion and studies. In this article a brief introduction is made on its historical facts, current concepts and future perspectives

**Keywords:** Woman; Care; Mental Health.

### Psicopatologia e classificações em Psiquiatria

Não se poderia imaginar o desenvolvimento da Química e da Biologia sem as classificações fundadoras de Lineu e Mendeleiev. Poucas pessoas sabem, porém, que Lineu era médico e foi influenciado por um outro médico, "outro médico, seu contemporâneo, o francês Boissier de Sauvages."

Na verdade, Sauvages tinha publicado uma classificação sistemática das doenças de acordo com os princípios enumerados por Thomas Sydenham, outro médico inglês do século XVII.

Desde Hipócrates que as doenças eram nomeadas e, de certo modo, agrupadas. Os taxonomistas dos séculos XVII e XVIII, como Sydenham e Boissier de Sauvages, entendiam que haveria lugar para uma classificação sistemática das doenças, tal como elas apareciam na natureza. Para tal seria preciso distinguir as suas características essenciais, ou seja, aquelas que permaneciam independentemente das variações acidentais. Por exemplo, Boissier de Sauvages considerou a existência de 10 classes mórbidas: doenças superficiais, febris, inflamatórias, convulsivas, paralisantes, dolorosas, dispnéicas, vesânicas, evacuatórias e caquexiantes. Uma segunda qualificação era definida em função da localização, da função ou da evolução. As doenças vesânicas, que correspondiam às doenças mentais, dividir-se-iam em delirantes, imaginantes e apetitivas.

As regras de Sydenham ainda informam as classificações actuais, embora em muitos casos se tenha dado realce à etiologia, mais do que à sua natureza. Contudo, isso aconteceu porque, a partir da natureza das doenças, se foi descobrindo a sua etiologia. Por exemplo, descobriu-se que a maioria das doenças febris era causada por agentes infecciosos ou parasitários, pelo que o agrupamento natural, caracterizado essencialmente pela febre, foi substituído pelo conjunto das doenças infecciosas e parasitárias.



Aliás, esta evolução segue o procedimento do modelo médico<sup>1</sup>: colhem-se primeiro os sintomas para chegar ao diagnóstico e, encontrado este, pensa-se no tratamento ou na etiologia, quando o conhecimento desta última ajuda o tratamento.

No tempo de Sauvages e Lineu, também o escocês William Cullen organizou uma classificação que foi adoptada nos Registos Centrais de Inglaterra para a definição das causas de morte. William Farr usaria essa classificação que, apesar de imperfeita, na sua opinião, serviu para a execução dos importantes estudos sobre a cólera<sup>2</sup>, os quais demonstraram que esta provinha de certas zonas onde a água estaria infectada. Desde então, a importância de uma classificação consensual tornou-se evidente, levando a várias reuniões internacionais sobre o assunto. No I Congresso Internacional de Estatística, realizado em Bruxelas, em 1853, o próprio William Farr foi encarregado de organizar uma lista sobre as causas de morte. Em 1855 seria apresentada a sua lista, que incluía cinco grupos (epidémicas, constitucionais, localizadas, do desenvolvimento e resultantes de violência) contra a do seu colega Marc D'Espine, de Genebra, que as agrupava segundo a natureza, numa formulação mais próxima dos taxonomistas originais. O congresso adoptou um compromisso entre ambos com 139 rubricas<sup>3</sup>.

Esta lista foi revista em 1864, em 1874, em 1883 e em 1886, embora não fosse universalmente aceite. Em 1891, num encontro, em Viena, do Instituto Internacional de Estatística, um médico francês, Jacques Bertillon, chefe dos Serviços de Estatística da cidade de Paris, apresentou uma lista que era a síntese das classificações germânica, suíça e inglesa, onde se distinguia, seguindo as indicações de Farr, entre as doenças gerais e as localizadas em certos órgãos ou localizações anatómicas. Esta lista seria posteriormente aceite por vários países da Europa e da América, constituindo a 1.ª Edição da Classificação Internacional das Causas de Morte, também conhecida pela classificação Bertillon.

Estando assente que esta classificação deveria ser revista de dez em dez anos, as revisões seguintes realizaram-se sob a égide do Governo Francês, a segunda em 1900 e a terceira em 1909. A quarta revisão, em 1919, ocorreu já depois da morte de Bertillon, mas recebeu o apoio da Organização de Saúde da Liga das Nações, através do médico chefe da sua Comissão de Peritos em Estatística, Emil Eugen Roesle. Entretanto, várias vozes, incluindo as dos fundadores das classificações de causas de morte, entendiam que seria útil uma lista de todas as morbidades, incluindo as que não levassem à morte. Este desígnio foi obtido pela subdivisão de alguns dos títulos das causas de morte. Na quinta revisão, o Canadá tinha publicado a sua lista codificada que seguia muito de perto

a lista das causas de morte. Porém, ela não foi consensualmente aceite pelos outros países.

Em 1946 realizava-se, em Paris, a Conferência Internacional para a sexta revisão da Lista Internacional das Doenças e Causas de Morte. A questão das morbidades estava então decididamente colocada, beneficiando de publicações provisórias, intensa discussão anterior e do trabalho de uma comissão de peritos. O resultado foi a Classificação Estatística Internacional das Doenças, Traumatismos e Causas de Morte, que foi aprovada na Primeira Assembleia Mundial de Saúde em 1948, data da publicação, pela Organização Mundial de Saúde, do seu manual.

## A ICD6 e a DSM-I

A **sexta revisão da Classificação Internacional das Doenças** definiu, em linhas gerais, o esquema das classificações posteriores, incluindo as actuais. Foi também aquela onde as doenças mentais se viram incluídas pela primeira vez, e esteve na origem da primeira classificação americana, a DSM-I (Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais). Nesta altura, já a nosologia psiquiátrica estava bem estabelecida por dois autores de origens distintas: Kraepelin, sucessor dos alienistas, e Freud, na linha das psicoterapias ambulatoriais. Kraepelin está na esteira de Pinel, também ele um nosologista que, apesar de conhecer a etiologia de algumas doenças (a anatomia patológica já demonstrara a relação entre cérebro e psicopatologia, pelo menos no caso das demências), acabou por estabelecer uma classificação baseada na apresentação sintomática. Freud, pelo contrário, foi distinguindo e nomeando quadros sintomáticos uniformes, mas atribuindo-lhes uma etiologia específica, neste caso sexual, que mais tarde informaria a teoria da libido.

A dupla origem da nosologia psiquiátrica manter-se-ia na sexta e posteriores revisões da Classificação Internacional das Doenças, bem como nas classificações americanas, sob a dicotomia entre psicoses e neuroses (ou psiconeuroses). Na revisão de 1948, quando os psicofármacos não eram ainda conhecidos, os quadros neuróticos (ansiosos, fóbicos, obsessivos, histéricos e um sem-número de patologias somáticas e orgânicas que, supostamente, teriam uma origem psicológica) eram designados por reacções, supondo-se assim que eles resultavam de uma resposta da mente a certos tipos de vivências. A teoria de Freud não era universalmente aceite, mas a ideia de que certas patologias podiam ser entendidas em função dos acontecimentos que lhes davam origem, estava estabelecida na própria designação. As vivências traumáticas, por exemplo, estavam frequentemente ligadas à patologia histérica

# ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por J. L. PIO ABREU<sup>1</sup>

(dissociativa e conversiva). Já na oitava revisão<sup>4</sup>, em 1965, as neuroses deixam de ser entendidas como reacção. Tal mudança pode ser explicada pelo facto de se viver então em plena época dos psicofármacos, com a esperança de que estas patologias fossem tratadas com medicamentos específicos, tal como ia acontecendo noutras áreas da medicina. Em compensação, apareciam, no capítulo das neuroses, as “perturbações situacionais transitórias”, conhecidas posteriormente como “perturbações de ajustamento”, que implicavam a ideia de reacção mas se desvinculavam das formas neuróticas clássicas. Por seu turno, algumas psicoses (paranóides, com excitação ou depressão, confusionais) poderiam ser classificadas como reacções.

De qualquer modo, a lista de doenças alargava-se e os diagnósticos eram muito vagos e subjectivos, ao sabor do psiquiatra – e das teorias que o informavam – que fazia o diagnóstico. Em 1973, um estudo patrocinado pela Organização Mundial de Saúde detectou enormes discrepâncias no diagnóstico de esquizofrenia, sobretudo nos Estados Unidos e União Soviética<sup>5</sup>. A situação era grave, pois este diagnóstico podia inibir os cuidados maternos das mães americanas. Por outro lado, a investigação empírica, que então se iniciava para a avaliação do efeito dos psicofármacos, necessitava de diagnósticos válidos. Um psiquiatra americano, John Feigner<sup>6</sup>, dedicou-se a recolher, junto dos seus colegas, os critérios que os levavam a diagnosticar as principais patologias psiquiátricas. Estes critérios, inicialmente intencionados para a investigação, acabaram por incorporar a DSM-III.

## A DSM-III e a crise actual da nosologia psiquiátrica.

No fim dos anos 70 aparecem a ICD-9 e a DSM-III, em estreita relação uma com a outra. Pela primeira vez, são introduzidos – na classificação americana, em 1980 – os critérios operacionais para a classificação das doenças, entretanto chamadas *disorders* (perturbações, transtornos ou distúrbios), embora este termo fosse equivalente a síndrome. As classificações psiquiátricas atingiam então uma dimensão pública, pelo que a actividade dos *lobbies* (minorias sexuais, veteranos da guerra e empresas farmacêuticas)<sup>7</sup> se fazia então notar. Por outro lado, assistia-se, sobretudo nos Estados Unidos, ao declínio da psicanálise em favor da psiquiatria biológica. Em consequência, a DSM-III introduziu a figura do ataque de pânico, ligado a várias patologias ansiosas e fóbicas, e desmembrou a neurose histérica, cujas patologias passaram a ser designadas por perturbações dissociativas e conversivas, perturbações de somatização e personalidade histriónica.

Dada a enorme discussão sobre a etiologia psicológica das perturbações psiquiátricas, a DSM-III tentou ser ateórica, que- dando-se pelos consensos empíricos. Não o logrou de todo, acabando por introduzir alguns diagnósticos ligados a etiologias específicas, como a perturbação de *stress*, aguda e pós-traumática, a par das perturbações do ajustamento. No entanto, foi aceite uma classificação axial, em que nos eixos secundários se podia registar alguns factores de vulnerabilidade e *stress* psicossocial. Finalmente, na sua busca de um estatuto ateórico, a DSM-III assumiu-se como politética, ou seja, todos os sintomas tinham uma importância igual para o diagnóstico. Deixaram assim de ser considerados os sintomas patognomónicos, primários e fundamentais, que os psicopatologistas clássicos se tinham esforçado por esclarecer. No mesmo sentido também se tentou acabar com a clássica regra hierárquica. Esta regra implicava que a patologia orgânica excluísse as patologias psicóticas não orgânicas e que estas excluíssem as patologias neuróticas, que também tinham uma hierarquia entre si. A alteração destas regras, porém, só foi conseguida na revisão intercalar da classificação americana (DSM-III-R), concluída em 1987.

As revisões seguintes das classificações americanas e internacional (DSM-IV, DSM-IV-TR e ICD-10) fizeram pequenos ajustamentos mas seguiram as opções da DSM-III-R. A investigação empírica, apoiada em diversas escalas e entrevistas-padrão, e em processos estatísticos complexos, acabou por se desenvolver em toda a linha. Contudo, novos problemas começaram a surgir. Em primeiro lugar, a ausência dos critérios hierárquicos levou ao estudo das comorbilidades. Estas, porém, revelaram-se muito mais frequentes do que era esperado<sup>8</sup>, e raras eram as patologias puras. Além disso, os quadros nosológicos, por muito bem definidos que fossem, tinham limites esfumados com outras patologias. Verificava-se ainda que alguns quadros, diferentes entre si, respondiam ao tratamento com os mesmos medicamentos. Finalmente, cessavam as esperanças de encontrar marcadores biológicos característicos de uma patologia específica. Os estudos genéticos que, entretanto, começaram a aparecer, revelam ainda que as patologias psiquiátricas têm, em geral, uma hereditariedade poligénica, e que muitas alterações genéticas são comuns a várias doenças.

## Os diagnósticos dimensionais

Todas estas constatações estavam – e estão – a pôr em causa o diagnóstico psiquiátrico, pelo menos nos termos em que ele está definido, e em contraste com os restantes diagnósticos médicos.



Na transição para as novas classificações (ICD-11 e DSM-V), este problema tem estado na ordem do dia. Sob influência das escalas psicométricas e entrevistas padronizadas, muitos autores têm proposto a introdução de diagnósticos dimensionais, na presunção de que estes se adaptariam melhor aos achados genéticos e bioquímicos. Contudo, não está esclarecido o que se pode entender por dimensão. Na verdade, as dimensões podem ser entendidas como: (1) existindo no interior de uma entidade clínica; (2) correspondentes a cada entidade clínica; (3) independentes das entidades clínicas; (4) existindo no exterior das entidades clínicas<sup>10</sup>.

**Dimensões interiores às entidades clínicas.** As dimensões existentes no interior das entidades clínicas já definidas tomam como modelo o autismo, que inclui três critérios diagnósticos aparentemente independentes: perturbação da interação social, prejuízo da comunicação e interesses restritos com padrões repetitivos de comportamento. Cada uma destas áreas poderia ser medida por diversas escalas que se têm elaborado, embora subsista a discussão sobre o número e a independência das dimensões consideradas<sup>11</sup>. Noutras entidades clínicas, como as psicoses ou perturbações obsessivas<sup>12</sup>, a análise factorial tem definido uma estrutura latente composta de algumas dimensões.

**Dimensões correspondentes às entidades clínicas.** Mas as dimensões podem também corresponder às próprias entidades clínicas, medidas pelas escalas psicométricas, como se faz frequentemente no caso das depressões. Esta estratégia, frequentemente usada nos ensaios clínicos, tem a suposta vantagem de incluir informação sobre a gravidade da doença e de não desprezar os casos subliminares. Aliás, a deficiência mental, a primeira entidade clínica a beneficiar de testes psicométricos, foi sempre classificada em termos dimensionais.

**Dimensões independentes das entidades clínicas.** Por outro lado, as dimensões podem ser independentes das entidades clínicas conhecidas, sendo que estas poderiam resultar do seu cruzamento. O exemplo mais apontado é o das personalidades<sup>13</sup>, que podem partilhar traços entre si, na suposição de que, da intersecção de algumas dimensões, podem resultar os tipos de personalidades conhecidos. Na verdade, verificam-se algumas convergências neste campo, mas não é consensual o número nem o tipo de dimensões consideradas<sup>14</sup>. Estas propostas têm nascido dos estudos psicométricos, são intencionadas para corresponder a fenótipos genéticos, mas nem sempre são aceites pelos clínicos. Algumas destas dimensões, como o evitamento do dano (*harm*

*avoidance*), procura de novidade (*novelty seeking*) e dependência da recompensa (*reward dependence*)<sup>15</sup>, podem interferir não só nos aspectos temperamentais da personalidade, mas também nas outras patologias.

**Dimensões exteriores às entidades clínicas.** As dimensões podem assim ser exteriores a diversas patologias, quer concorrendo para as definir através do seu cruzamento, quer constituindo aquilo que está subjacente a várias patologias. Neste último sentido tem-se falado, por exemplo, na dimensão externalização<sup>16</sup> – oposta a internalização – que pode englobar a dependência de drogas, personalidade anti-social e outros traços das personalidades do grupo B. Tais patologias apareceriam assim como um espectro definido pela dimensão em causa. Aliás, o conceito de espectro começa a ser usado em alternativa ao de dimensão. As suas origens são, porém, mais empíricas, na medida em que tem sido corrente considerar o espectro do autismo que pode englobar o próprio autismo, a síndrome de Asperger, a Perturbação Global do Desenvolvimento e mesmo a personalidade Esquizóide. Ultimamente, a noção de espectro tem-se aplicado a várias outras patologias.

**Crítica do conceito de dimensão.** Apesar do esforço feito para a introdução das dimensões nas futuras classificações das doenças mentais, o próprio conceito de dimensão permanece vago e indefinido. Ele aparece como o último grito de uma certa forma de tornar a psiquiatria mais científica, com a aplicação de escalas quantitativas e do seu tratamento estatístico. Não é, porém, seguro que esta forma de ver a psiquiatria seja a mais adequada, pois sofre de um empirismo excessivo e de uma pretensa qualidade atórica. Quer isto dizer que se faz tábua rasa de todos os estudos psicopatológicos clássicos e mesmo dos conhecimentos neurocientíficos. Mas este novo cientifismo atórico resulta de consensos tanto mais vagos quanto mais alargados, e de escalas assinadas que vão proliferando com aceitação limitada e que acabam por incorporar alguma teoria. Na verdade, pode-se perguntar se o ateoricismo não será apenas um mito ou se será assim tão desejável.

O grande problema das dimensões é, porém, a sua dificuldade de aceitação por parte dos psiquiatras clínicos. Os psiquiatras são médicos e, portanto, utilizam a metodologia clínica que se baseia no diagnóstico. Ora, o diagnóstico, incluindo o diagnóstico diferencial, é um construto qualitativo, não quantitativo. Apesar da recente denominação de disorder, os psiquiatras clínicos continuam a tratar “doenças”, quando muito “síndromes”, tal como

# ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por J. L. PIO ABREU<sup>1</sup>

em qualquer outro ramo da medicina. O único problema é que o conceito de doença mental está mal definido. Para isso também contribuiu o facto de não se evidenciarem marcadores biológicos objectivos que a possam definir. Mas também é verdade que a presença de tais marcadores ou mesmo a descoberta etiológica, como na paralisia geral, na psicose de Korsakov, nas demências, na epilepsia ou na doença de Parkinson foi fazendo com que estas entidades passassem para o domínio da neurologia.

De qualquer modo, depois de um entusiasmo inicial, tem estabilizado, nos últimos anos, a importância que a literatura dispensa ao conceito de dimensão. Em seu lugar, fala-se cada vez mais de espectro<sup>17</sup>, que, como vimos, pode convergir com a noção de dimensão exterior às entidades clínicas.

**O conceito de espectro.** A ideia de um espectro de doenças estava implícita na definição das entidades psicóticas pelos psicopatologistas clássicos, desde Kraepelin até Bleuler e Jaspers. De facto, existia a noção de que, tanto as esquizofrenias (Bleuler chamava-lhes “o grupo das esquizofrenias”) como as psicoses maníaco-depressivas podiam adquirir formas distintas umas das outras, e às vezes atípicas em relação ao protótipo, ou mesmo em formas de transição. Este facto tem sido omitido pela recente homogeneização provocada pelas escalas de avaliação, frequentemente aplicadas por não-psiquiatras, e da necessidade de grandes casuísticas. Porém, a designação de espectro é presentemente assumida na definição do autismo, um pouco por causa da dupla descrição de Kanner e Asperger. O espectro obsessivo tem sido também muito referido, discutindo-se a possibilidade dele integrar as novas classificações<sup>18,19</sup>.

Curiosamente, a ideia de espectro tem sido cada vez mais referida na literatura psiquiátrica, e não só em relação ao espectro do autismo. Por exemplo, numa pesquisa recente de uma base de dados referente ao último ano, a expressão *bipolar spectrum* era referida um milhar de vezes, mas também eram frequentemente referidas, por ordem de frequência, *obsessive-compulsive spectrum*, *anxiety spectrum*, *externalizing spectrum* e *schizophrenic spectrum*. Estas referências vêm a propósito de estudos genéticos, familiares, factores de risco e muitos outros, onde, em vez de uma perturbação específica, se considera o espectro que essa perturbação define. Assim, a definição é auto-evidente e poucas vezes se esclarece.

Acontece que os estudos no interior de cada um destes espectros levam a incluir neles certas perturbações que, à partida, foram definidas como independentes, bem como algumas perturbações da personalidade ou próprias da infância e da adolescência. Na verdade, esta inclusão é ditada pela semelhança de alguns sintomas

que, portanto, se apresentam como nucleares para o espectro em causa. Como, porém, as classificações actuais são politéticas, ou seja, todos os sintomas têm um valor igual, os critérios de inclusão mantêm-se vagos ou indefinidos. Mas o que será que, sem ter sido definido explicitamente, leva a constituir espectros que, cada vez mais, e convergentemente, se tornam auto-evidentes?

## Os mecanismos psicopatológicos como base de cada espectro

Quanto a nós, aquilo que se torna subjacente a cada espectro, são os mecanismos psicopatológicos que levam a certos sintomas nucleares<sup>20</sup>. Tais mecanismos foram amplamente estudados pelos psicopatologistas clássicos, mas resistem a fazer parte da ciência actual que se pretende ateorica, e muito mais das classificações que se querem empíricas. Porém, a consideração destes espectros é uma boa oportunidade para reintroduzir a psicopatologia clássica no conhecimento actual.

Um facto curioso é que os espectros que têm sido considerados são relativamente poucos, embora possam abranger os aspectos nucleares de todos os mecanismos psicopatológicos conhecidos e, por consequência, todas as entidades clínicas. Este facto contrasta com a diversidade etiológica que se vai conhecendo, sobretudo no que respeita aos genes e disfunções cerebrais. Para ser mais claro, uma quantidade grande e, às vezes, desigual de genes alterados e disfunções cerebrais acaba por convergir num número limitado de protótipos mórbidos. Uma possibilidade de explicação deste facto é admitir que, para além do efeito dos genes, que se considera *bottom-up* (da base para cima), pode existir uma reacção *top-down* (do topo para baixo), como se o cérebro tivesse respostas limitadas às diversas perturbações que vêm dos genes ou de outra alteração biológica. No fim de contas, será essa resposta que, orientada por diversos mecanismos psicopatológicos, determina as doenças que se incluem em cada espectro. Cada espectro psicopatológico seria, assim, o caminho final das diversas e diferentes alterações biológicas que estão na base das perturbações psiquiátricas.

**Neurociências.** Com os conhecimentos neurocientíficos actuais, seria desajustado falar de mecanismos psicopatológicos que não tivessem em conta a organização cerebral<sup>21</sup> e aquilo que é conhecido em relação às perturbações prototípicas de cada espectro. Aqui, porém, a tradicional divisão do cérebro entre sistema límbico e córtex cerebral, ou entre arqui, paleo e neocórtex, ajudam pouco. Aliás, como Nauta<sup>22</sup> tentou demonstrar há umas dezenas de anos, é mais frutuosa a consideração dos andares



que, do ponto de vista embriológico e filogenético, constituem o encéfalo: *telencéfalo*, *diencefalo*, *mesencefalo*, *metencefalo* e *mielencefalo*<sup>23</sup>.

**Telencéfalo.** O telencéfalo é o andar superior do encéfalo que, nos vertebrados inferiores, está ligado às vias olfactivas. No mundo aquático, as informações olfactivas são decisivas para o reconhecimento do território<sup>24</sup>, função esta que continua a ser desempenhada nalguns mamíferos mais evoluídos. A zona que processa estas informações é o *hipocampo*, relativamente desenvolvido nos próprios mamíferos, apesar das informações auditivas e visuais já terem, nestes, ascendido ao telencéfalo. No homem, as informações auditivas e visuais, mais importantes no reconhecimento do território, dominam as olfactivas. No entanto, qualquer lesão que envolva o hipocampo e estruturas adjacentes leva à desorientação e à perda da memória. Aliás, a linguagem humana, organizada à custa das informações visuais e auditivas, foca-se nos signos, que se podem equivar aos marcadores territoriais (olfactivos, visuais, acústicos) e, assim, alargar o território humano até ao Universo. As capacidades cognitivas equivalem então à aptidão para reconhecer o território. Qualquer processo que afecte globalmente o telencéfalo, incluindo o hipocampo e as estruturas mais antigas (o paleoencéfalo), provoca desorientação e atinge a memória e as capacidades cognitivas. Estamos, portanto, a abordar o espectro das **demências**, se a evolução for crónica e localizada nas estruturas mais profundas, e do **delirium**, quando os processos são agudos e globais.

Uma notável diferença entre os humanos e os primatas mais evoluídos consiste na evolução do telencéfalo que mais do que triplica em volume e peso, sobretudo à custa das interligações pelos axónios longos que formam a massa branca neo-encefálica. Esta evolução tem, naturalmente, a ver com as complexas actividades cognitivas humanas. A maior parte delas aparece com o desenvolvimento da linguagem e da complexa relação entre significante e significado. Uma outra diferença é também decisiva e bastante complexa: a capacidade de reconhecer e distinguir cada uma das outras pessoas e de se reconhecer a si próprio. O reconhecimento do eu e dos outros tem sido investigado nos últimos anos, parecendo um processo bastante complexo em termos de mobilização da actividade cerebral, em parte dependente da aprendizagem com a experiência, e nunca completamente acabado. O mau funcionamento da parte mais recente do telencéfalo (neocórtex), à custa das suas vias longas, pode perturbar estas tarefas. Neste sentido, o espectro do **autismo**, que implica a incapacidade de reconhecer os outros, bem como o

espectro da **esquizofrenia**, que se caracteriza pela dificuldade de reconhecer os limites entre o “eu” e o outro, podem resultar da adaptação do neo-telencéfalo às dificuldades resultantes de certas exigências cognitivas num terreno biologicamente perturbado.

**Diencefalo.** Intercalado entre o telencéfalo e os andares inferiores, o diencefalo controla, através do tálamo, todas as informações ascendentes. Porém, o diencefalo está ligado a duas glândulas – a pineal e a hipófise – que regulam todos os ritmos metabólicos e energéticos. O hipotálamo e, em especial, o seu núcleo supraquiasmático marcam estes ritmos, que tendem a sincronizar-se com os ritmos naturais e interpessoais. É conhecida a tendência para a sincronização fisiológica das pessoas que se relacionam entre si (por exemplo, a tendência para a sincronização do período menstrual das mulheres que coabitam). A perturbação dos ritmos é típica das **manias e depressões**. É pois muito plausível que estas patologias sejam determinadas neste andar encefálico.

**Mesencefalo.** O mesencefalo é representado pelos pedúnculos cerebrais e pelos colículos (ou tubérculos quadrigéminos) que constituem a primeira estação das informações auditivas e visuais que ascendem ao córtex. Nos vertebrados inferiores, estas informações não ascendiam ao telencéfalo e processavam-se exclusivamente neste andar cerebral, desempenhando um papel importante na predação e defesa. É a partir dos mamíferos que o audiovisual se processa no córtex cerebral e passa a contribuir para o reconhecimento do território<sup>24</sup>. A fuga e a luta em resposta às ameaças, primitivamente organizadas no mesencefalo, também ascendem ao telencéfalo e passam a ser processadas na amígdala e noutras estruturas límbicas. Mas é do mesencefalo e das zonas adjacentes que partem as vias dopaminérgicas, noradrenérgicas e serotoninérgicas que regulam estes comportamentos.

Os comportamentos de fuga e luta têm a ver com as situações ameaçadoras e são decisivos para a sobrevivência das espécies. As “necessidades de segurança” são prioritárias em relação a quaisquer outras, com excepção das necessidades básicas para a sobrevivência. As respostas patológicas às ameaças são constituídas pelas **fobias** (fuga patológica) e pelas **paranóias** (luta patológica). É pois plausível que estes comportamentos sejam geridos com alguma autonomia, relacionada com este andar cerebral e suas projecções, e que possam definir dois espectros patológicos.

**Mielencefalo.** O andar mais inferior do encéfalo, que inclui o bolbo raquidiano, relaciona-se com os reflexos relacionados com a manutenção da homeostase interna. Estes reflexos, que

# ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por J. L. PIO ABREU<sup>1</sup>

incluem actividades ligadas à alimentação e à respiração, mantêm-se activos nos mamíferos e nos humanos, mas sob dependência do telencéfalo límbico, através das vias que percorrem o feixe longitudinal posterior de Schultz, bem como o feixe médio do telencéfalo. A homeostase interna pode ser ligada, ao nível psicológico, à sensação de prazer ou desprazer. O facto de estas funções estarem agora desligadas dos simples reflexos e terem ascendido ao telencéfalo também pode explicar que elas possam ser modificadas ou inibidas temporariamente. Por outras palavras, o desígnio reflexo da homeostase interna transforma-se, nos mamíferos e humanos, na procura do prazer através da actividade consumptiva.

A actividade consumptiva (ou apetitiva) pode ser inibida voluntariamente nos humanos. Essa inibição ocorre devido ao conhecimento consciente das consequências do consumo. E, quando isso acontece, pode ocorrer um conflito entre prazer e dever, entre impulsos e consciência. A psicopatologia tem estudado amplamente estes conflitos, a partir dos trabalhos seminais de Freud. Os chamados “mecanismos de defesa” e de *copyng* constituem uma codificação recente das várias formas de resolver estes conflitos. Podemos, entretanto, sistematizar estes mecanismos em duas formas genéricas: aquelas em que vence a consciência, tentando anular os impulsos (repressão, deslocamento, formação reactiva), e aquelas em que vencem os impulsos, tentando anular a consciência (*acting-out*, racionalização, regressão, dissociação). As primeiras estão na base do espectro de perturbações **obsessivas**; as segundas estão na base das perturbações **dissociativas** e psicopáticas, ou seja, as que podem ser consideradas sob o nome de “espectro externalizante”.

**A pirâmide das necessidades humanas.** A organização do sistema nervoso por andares encefálicos não será uma mera curiosidade, mas pode ser uma consequência daquilo que se torna necessário à sobrevivência de um organismo autónomo. A um nível empírico, estas “necessidades” têm sido consideradas num modelo bastante popular e com ampla aplicação: a pirâmide das necessidades humanas de Maslow<sup>25</sup>. Para este autor, existem necessidades prioritárias, que ocupam a base de uma pirâmide, e cuja realização é um pressuposto para que as outras necessidades sejam satisfeitas. Logo acima das necessidades básicas, que assinalámos como originárias do mielencéfalo, encontram-se as necessidades de segurança, que se podem originar a partir do mesencéfalo. Curiosamente, uma profissional de enfermagem, Virgínia Henderson, acrescentou à lista as necessidades posturais<sup>26</sup>.

O estabelecimento de uma postura adequada é processado

no cerebelo, ligado a outro andar encefálico, o metencéfalo (protuberância ou ponte), que se intercala entre o mielencéfalo e o mesencéfalo. Estes três andares, que ocupam a base do encéfalo, correspondem assim, ponto por ponto, a uma hierarquia de necessidades prioritárias: **básicas** (mielencéfalo), **posturais** (metencéfalo) e de **segurança** (mesencéfalo). É auto-evidente que um organismo nada poderá fazer (nem satisfazer outras necessidades) se não mantiver os seus nutrientes e componentes essenciais. Só depois de estes estarem assegurados poderá equilibrar-se e movimentar-se, apelando ao metencéfalo e ao cerebelo. Mas, sem esta última função garantida, também nada mais poderá fazer, tão-pouco fugir ou lutar para assegurar a sua sobrevivência.

Acima das necessidades de segurança, Maslow coloca as necessidades de **pertença, amor e intimidade**. Estas, por sua vez, apontam para a relação interpessoal. Ora, um relacionamento interpessoal consiste sempre numa sincronização de ritmos. Para que duas ou mais pessoas se encontrem, seja para o que for, têm de assegurar a co-presença num espaço comum em dado tempo. Os relacionamentos íntimos implicam uma maior sincronização de ritmos, pois se supõe o adormecer e acordar simultâneos, o mesmo se passando com as refeições e outros marcadores de ritmos. Os ritmos energéticos e fisiológicos podem também sincronizar-se, tanto mais quanto mais profundo for o relacionamento. Todos estes ritmos podem ser sincronizados através do diencéfalo, que é o andar que se encontra logo acima do mesencéfalo.

O andar superior é o telencéfalo, onde se processam as actividades cognitivas, que estão na continuidade do reconhecimento do território, e ainda essa capacidade de reconhecer o “eu” e os outros. Maslow coloca, logo acima das necessidades de pertença, as necessidades ligadas à **auto-estima** e à **realização** pessoal, qualquer delas relacionadas com o reconhecimento da expansão do eu. Estas necessidades são abrangentes e complexas, mas só se podem cumprir depois de asseguradas as anteriores. Porém, elas podem ser perturbadas quando, por um lado, os sujeitos não conseguem reconhecer o outro ou distinguir o eu, como acontece nos espectros do autismo e da esquizofrenia, ou, por outro lado, quando estão afectadas as capacidades mnésicas e cognitivas, como no *delirium* e nas demências.

## As perguntas de partida

Existe assim uma convergência entre a estruturação anatómica e funcional dos andares cerebrais e diversas constatações empíricas relacionadas com a motivação humana, como as de Maslow. O



mais interessante é que esta estruturação permite englobar os principais espectros das perturbações mentais, tal como têm sido considerados na literatura recente. Para os definir, podemos então considerar seis perguntas de partida, cujas respostas podem sintetizar os mecanismos psicopatológicos implicados em cada um dos espectros:

### 1. O sujeito orienta-se nos seus territórios?

Uma desorientação súbita com prejuízo global das funções cognitivas define o *delirium*. São conhecidas várias etiologias para esta síndrome, parecendo que o encéfalo, neste caso o telencéfalo, incluindo as suas partes mais arcaicas, reage a todas da mesma maneira. Pode então falar-se do espectro do *delirium*. Alguns quadros semelhantes, como o *delirium excitado*, a psicose de Korsakoff ou mesmo algumas psicoses que ocorrem no decurso da epilepsia, podem incluir-se ainda neste espectro. Noutras situações, a perturbação é crónica, afectando progressivamente as capacidades mnésicas e cognitivas, mas levando a uma progressiva incapacidade de reconhecimento do território. Apesar de diferentes etiologias, alguns autores preferem falar do espectro das *demências*<sup>27</sup>, pois a delimitação entre elas é cada vez mais frouxa à medida que os quadros evoluem para uma situação terminal.

### 2. O sujeito reconhece e distingue o “eu” e o outro?

Existem vários pormenores que levam a supor que o autismo e a esquizofrenia ocupem os extremos de uma mesma dimensão<sup>28</sup>. De facto, pode hoje perceber-se que o grande problema das perturbações que pertencem ao espectro do *autismo* (autismo, síndrome de Asperger, perturbação global do desenvolvimento e personalidade esquizóide) consiste na incapacidade de compreender os outros, enquanto os sintomas nucleares da *esquizofrenia* correspondem à perturbação da unidade e dos limites do eu. No espectro da esquizofrenia estão geralmente incluídas, para além da entidade paradigmática, a personalidade esquizotípica, a perturbação esquizofreniforme, a parafrenia (por muitos considerada esquizofrenia de início tardio) e a perturbação esquizo-afectiva, embora por vezes também incluam as personalidades paranóides e as psicoses delirantes<sup>29,30</sup>. Existem, porém, argumentos para não incluir estas últimas<sup>31</sup>, sobretudo se considerarmos o espectro esquizofrénico baseado nas perturbações do “eu”<sup>32</sup>. Tanto a personalidade paranóide como as psicoses delirantes podem ser entendidas, não como uma perturbação da unidade do eu, mas como um modo especial de reagir às ameaças.

### 3. O sujeito está sincronizado com o ambiente e outras pessoas?

A sincronização fisiológica com os ritmos ambientais, como os circadianos, é decisiva para o bem-estar e encontra-se perturbada nas depressões e manias. Por outro lado, os relacionamentos pessoais também subentendem uma sincronização interpessoal que, nas relações mais significativas, chega a uma sincronização fisiológica. A perda de uma pessoa significativa – o luto – é o protótipo das depressões, as quais levam ao isolamento social e a alterações dos ritmos circadianos. Recentemente, alguns autores<sup>33</sup> têm entendido a paixão romântica como protótipo de uma mania. Na verdade, os indivíduos apaixonados lutam pelo início de uma relação, ou seja, por uma sincronização interpessoal. A coordenação dos ritmos é processada no diencéfalo, e as suas perturbações determinam o espectro *bipolar*, nele incluídas as *depressões* e *manias*.

### 4. Como responde o sujeito às vivências ameaçadoras?

Já vimos como o mesencéfalo e as estruturas adjacentes são importantes no processamento das respostas de fuga ou luta perante uma ameaça, e como elas são prioritárias na sobrevivência competitiva das espécies. Naturalmente, a decisão por uma ou outra das respostas pode depender de uma avaliação dos recursos do ser ameaçado e da importância da ameaça. Desta avaliação pode depender a sobrevivência de um animal. Porém, numa sociedade civilizada, a sobrevivência não fica geralmente em risco quando essa avaliação não é adequada. Mesmo que exista, objectivamente, uma grande desproporção entre a ameaça e os seus recursos para a enfrentar, nunca se chegará a uma derrota definitiva. Ainda perdendo, ele continuará a lutar de um modo patético, mas só o pode lograr por um enviesamento da realidade e por um conceito de si demasiado elevado. Neste caso, ele estará com um comportamento paranóide. Pode assim considerar-se um espectro das *paranóias*, distinto das esquizofrenias, que inclui as perturbações delirantes relacionadas com as paranóias, como os delírios grandiosos, místicos, erotomaniacos, de ciúmes. É uma questão discutível se os delírios hipocondríacos se podem incluir aqui ou se estarão mais próximos dos mecanismos obsessivos.

Noutro extremo das respostas à ameaça, podemos considerar as situações em que, apesar de a ameaça ser menor e os recursos individuais razoáveis, o indivíduo não os avaliar assim e acabar por fugir quando deveria enfrentar a situação ameaçadora e, eventualmente, lutar contra ela. Estamos aqui no campo da patologia fóbica. Depois da sua definição em 1980, o ataque de pânico tem-se tornado central nas perturbações fóbicas, fazendo

# ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por J. L. PIO ABREU <sup>1</sup>

com que a delimitação entre os vários tipos de fobia e a própria ansiedade generalizada seja muito ténue. Assim, um espectro *fóbico*, ou *fóbico-ansioso*, caracterizado pela incapacidade de enfrentar ameaças menores, quer pela amplificação destas, quer pela má avaliação dos recursos pessoais, pode incluir a perturbação de pânico, a ansiedade generalizada, a agorafobia, as fobias específicas, as fobias sociais e a personalidade evitante.

## 5. Como responde o sujeito às vivências conflituosas?

Os conflitos intrapsíquicos, que tanto impressionaram os psicanalistas, resultam geralmente de apetências instintivas a que a consciência se opõe. Poder-se-iam considerar como respostas às vivências apetitivas. Essas vivências são ditadas pelos impulsos, pulsões ou instintos, os quais correspondem a comportamentos que fazem parte do património de cada espécie, sendo parcialmente moldados pela aprendizagem. Na espécie humana, estes comportamentos podem ser adiados, inibidos, modificados ou deslocados no seu objecto, dada a presença de comportamentos intencionais ditados pela antecipação das consequências ou pela consciência do dever. O conflito entre os impulsos e a consciência também se pode entender na base da relação e da interacção entre as estruturas límbicas, que resultaram da telencefalização dos andares inferiores, e neocorticais, sobretudo as do lobo pré-frontal.

Também aqui podemos considerar como espectros psicopatológicos os dois polos do conflito: ou vence a vontade e o dever através da inibição dos impulsos, ou vencem os impulsos através da anulação da consciência. A primeira destas respostas está na base dos mecanismos *obsessivos*, e a segunda define um espectro alargado de patologias que tem sido descrito como *externalizante*, *dissociativo*, *psicopático* e *histrionico*. Na falta de uma designação consensual, considerá-lo-emos como o espectro impulsivo-dissociativo. Nele se podem incluir as patologias antes agrupadas sob o nome de histeria (personalidade histriónica, perturbações conversivas e dissociativas) e ainda a personalidade anti-social. Apesar do seu estatuto nosológico incerto, a perturbação pós-stress traumático também se pode incluir neste grupo.

José Luís Pio Abreu

Trav da Rua Padre Manuel da Nóbrega, nº 6 – 5ª Esqº.

3000-323 Coimbra Portugal

pioabreu@netcabo.pt

## Referências

1. Pio-Abreu JL. Comunicação e Medicina. Coimbra: Virtualidade/Quarteto; 1998.
2. Snow J. On the Mode of Communication of Cholera (2nd ed.), London: Churchil; 1885. Reproduced in Snow on Cholera, Commonwealth Fund, New York, 1936. Reprinted by Hafner, New York, 1965.
3. World Health Organization (2010). History of the development of the ICD. Available from <http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf> (November 2012).
4. The Committee on Nomenclature and Statistics of the American Psychiatric Association. DSM II Diagnostic and Statistics Manual of Mental Disorders (Second Edition). Washington DC: American Psychiatric Association; 1968.
5. World Health Organization. Report of the International Pilot Study of Schizophrenia. Geneva: WHO; 1973.
6. Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Winokur G, Munoz R (1972) Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch Gen Psychiatry. 2011; 26:57-63.
7. Shorter E (1977). Uma História da Psiquiatria. Da Era do Manicómio à Idade do Prozac (Orig. A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac, Wiley and Son). Lisboa: Climepsi Editores, 1977.
8. Aragona M (2009). The concept of mental disorder and the DSM-V. Dial Phil Ment Neuro Sci. 2009; 2 (1): 1-14.
9. Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF (2006). The feasibility and need for dimensional psychiatric diagnoses. Psychol Med. 2006; 36:1671-80.
10. Brown TA, Barlow DH. Dimensional Versus Categorical Classification of Mental Disorders in the Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and Beyond: Comment on the Special Section. Journal of Abnormal Psychology. 2005; 114 (4): 551-6.
11. Wing L, Gould J, Gillberg C (2011). Autism spectrum disorders in the DSM-V: Better or worse than the DSM-IV? Research in Developmental Disabilities. Res



*Agradecimentos: As ideias principais deste trabalho foram apresentadas numa comunicação ao VI Congresso Nacional de Psiquiatria da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, em 7 de Dezembro de 2010, e constituem parte do 1º Capítulo de um livro a publicar pela Fundação Calouste Gulbenkian: Elementos de Psicopatologia Explicativa. Financiamentos inexistentes.*

Dev Disabil. 2011; 32 (2):768-73.

- 12. Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF. A Multidimensional Model of Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry*. 2005; 162:228–238.
- 13. Trull TJ, Durrett C (2005). Categorical and Dimensional Models of Personality Disorders. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005; 1:355-80.
- 14. Esbec E, Echeburúa E. New criteria for personality disorders in DSM-V. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011; 39(1):1-11
- 15. Cloninger CR (2002). Implications of Comorbidity for the Classification of Mental Disorders: The need for a Psychobiology of Coherence. In: M Maj, W Gaebel, JJ López-Ibor, N Sartorius (Edts), *Psychiatric Diagnosis and Classification*. New York: John Wiley & Sons; 2002: 78-105.
- 16. Krueger RF, Markon KE, Patrick CJ, Iacono WG. Externalizing Psychopathology in Adulthood: A Dimensional-Spectrum Conceptualization and Its Implications for DSM-V. *J Abnorm Psychol*. 2005;114(4):537–50.
- 17. Aragona M. A bibliometric analysis of the current status of psychiatric classification: the DSM model compared to the spectrum and the dimensional diagnosis. *Giorn Ital Psicopat*. 2006; 12:342-51.
- 18. Lochner C, Stein DJ. Does work on obsessive-compulsive spectrum disorders contribute to understanding the heterogeneity of obsessive-compulsive disorder? *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2006; 30:353–61.
- 19. Hollander E, Braum A, Simeon D. Should OCD leave the Anxiety Disorders in DSMV? The case for Obsessive Compulsive Related Disorders. *Depression and Anxiety*. 2008; 25:317-29
- 20. Pio-Abreu JL, Lucas RF. Psychopathology-based nosological spectra. *European Psychiatry*. 2010; 25 (Suppl 1): 612.
- 21. Pio-Abreu JL. Os estados da mente e os seus determinantes. In *O Tempo Aprisionado: Ensaio não espiritualistas sobre o espírito humano*. Coimbra: Quarteto; 2000: 109-37.
- 22. Nauta HJW. A Proposed Conceptual Reorganization

of the Basal Ganglia and Telencephalon. *Neuroscience*. 1979; 4:1875-81.

- 23. Ariens-Kappers CU. The Evolution of the Nervous System in Invertebrates, Vertebrates and Man. Haarlem de Erven F. Bohn; 1929.
- 24. Hasler AD, Larsen J. The homing salmon. *Sci Amer*. 1955; 163:72-5.
- 25. Maslow A. A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*. 1943; 50:370-96.
- 26. Henderson V. *The Nature of Nursing*. London: Collier Macmillan; 1996.
- 27. Robles A. Los complejos de las demencias degenerativas: una evolución de la enfermedad al espectro [The complexes of degenerative dementias: an evolution from disease to spectrum]. *Neurología (Barcelona, Spain)* 2009; 24(6):399-418.
- 28. Crespi B, Badcock C. Psychosis and autism as diametrical disorders of the social brain. *Behavioral and Brain Sciences*. 2008; 31:241–320.
- 29. Tienari P, Wynne LC, Sorri A, Lahti I, Laksy K, Moring J et al. Genotype / environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. Long-term follow-up study of Finnish adoptees. *Brit J. Psychiatry*. 2004;184:216-22
- 30. Nicolson R, Brookner FB, Lenane M, Gochman P, Ingraham LJ, Egan MF et al. Parental Schizophrenia Spectrum Disorders in Childhood-Onset and Adult-Onset Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2003; 160:490–5.
- 31. Kendler K, Masterson CC, Davis K (1985). Psychiatric illness in first-degree relatives of patients with paranoid psychosis, schizophrenia and medical illness. *Brit J Psychiatry*. 1985;147: 524-31.
- 32. Raballo A, Parnas J. The Silent Side of the Spectrum: Schizotypy and the Schizotaxic Self. *Schizophr Bull*. 2011; 37(5): 1017-26
- 33. Thase, ME (2004). *Mood Disorders: Neurobiology*, in B Sadock and V Sadock (Eds.). *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*, 8th. Ed. Lippincott, Williams & Wilkins, 2004: 1595.