

GLOSSÁRIO DE TERMOS DE PSICOPATOLOGIA

***Disciplina de Psiquiatria
Departamento de Neurologia e Psiquiatria
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP***

**Profa. Maria Cristina Pereira Lima
Profa. Albina Rodrigues Torres
Profa. Sumaia Inaty Smaira**

CONSCIÊNCIA

É aquilo que permite ao ser humano conhecer-se a si próprio e ao mundo externo. Possui 2 componentes: o primeiro é o nível de consciência que vai da normalidade (vigília) passando por situações intermediárias como sonolência, torpor e chegando à obnubilação extrema, que é o coma. Este componente está relacionado ao sistema ativador reticular ascendente. O segundo diz respeito ao conteúdo da consciência e representa a integração de todos os sentidos, funções cognitivas e afetivas e está relacionado à função do córtex cerebral. As alterações da consciência estão geralmente associadas a transtornos mentais de origem orgânica.

Alterações Quantitativas:

Obnubilação e sonolência: são alterações do nível de consciência dentro da continuidade que vai da vigília ao coma. Aqui, há uma dificuldade de compreensão, de percepção, podendo haver também um certo grau de desorientação. Podem ocorrer em situação de privação do sono (ex.: véspera de prova).

Torpor e Coma: representam graus mais intensos de perda da consciência, geralmente acompanhados de outras perturbações neurológicas e somáticas. No torpor o paciente responde a estímulos vigorosos, mas toda capacidade de executar tarefas simples (como por ex. contas) está prejudicada. No coma, há ausência de resposta a diferentes estímulos, possibilitando o estabelecimento de graus mais ou menos profundos de alteração da consciência.

Alterações Qualitativas:

Estreitamento: redução da amplitude do campo da consciência, um hiato de consciência, sem redução do nível. Deste modo, não há sonolência ou torpor, mas o paciente não é capaz de executar a função integradora da consciência. (Ver estado crepuscular). Em geral de curta duração (ex.: crise de ausência, com ou sem algum automatismo motor).

Estado Crepuscular: é uma condição onde há estreitamento da consciência e o paciente é capaz de comportamento motor relativamente organizado, sem recordação posterior. Por exemplo, o paciente é capaz de dirigir quilômetros e “acordar” numa outra cidade sem saber como foi parar naquele local. Costuma ser mais duradouro que o estreitamento.

Turvação: há oscilação do nível de consciência, com desorientação no tempo e no espaço, dificuldade de compreensão e de concentração. Frequentemente há inquietação motora, alteração da sensopercepção (ver ilusão e alucinação) e alteração do Sistema Nervoso Autônomo. Após a remissão, pode haver amnésia lacunar para o período.

ORIENTAÇÃO

É a capacidade de se saber quem é, onde se está e a que tempo. Subdivide-se em 2 tipos:

- 1) Autopsíquica: diz respeito à orientação em relação a si mesmo;
 - 2) Alopsíquica: é a orientação ao que é externo ao paciente, basicamente tempo e espaço.
- Quando há alteração, usualmente se perde primeiro a orientação temporal, depois a espacial e, por fim, a autopsíquica.

Desorientação: é uma confusão acerca do tempo - temporal - (hora, dia da semana, data ou estação do ano), ao espaço - espacial - (cidade, bairro, andar do prédio, etc.) e/ou em relação a quem o indivíduo é - pessoal ou autopsíquica.

Quanto às causas, temos:

Desorientação Amnésica: desorientação secundária a déficit de memória.

Desorientação Delirante: quando a desorientação é secundária a um delírio. Pode ocorrer aqui a Dupla Orientação, por exemplo quando o paciente atende pelo seu nome, mas acredita ser outro personagem.

Desorientação Apática: a desorientação é decorrência da apatia, do desânimo, do desinteresse. Pode ocorrer, por exemplo, em quadros depressivos graves.

Desorientação por Turvação da Consciência: com oscilação de consciência, o paciente tem um déficit de atenção e memória, entre outras funções, perdendo a capacidade de se orientar (também chamada de desorientação amencial).

Despersonalização: é uma condição na qual o paciente percebe a si próprio como estranho, como não familiar. Ocorre em situações de intensa carga afetiva, como por exemplo ansiedade, quadros de intoxicação, episódios convulsivos, quadros delirantes ou dissociativos.

Desrealização: é uma experiência semelhante à despersonalização, contudo, o que parece irreal e estranho é o mundo externo ao paciente (o ambiente ao seu redor, sua família, amigos, etc.)

MEMÓRIA

Alterações Quantitativas:

Hipermnésia: corresponde ao aumento da capacidade de fixar informações e/ou aumento da capacidade de evocar informações já armazenadas.

Hipomnésia e Amnésia: correspondem a diferentes graus de disfunção da memória. A amnésia seria um déficit total, frequentemente relacionado a um determinado período de tempo, e a hipomnésia seria um déficit parcial. Podem estar relacionados à perda da capacidade de fixação ou apenas de evocação. Quando a amnésia se restringe a um período, é dita lacunar.

Tipos:

Alterações Anterógradas: déficit após a ocorrência de um determinado evento (Demência, Acidentes Vasculares, etc.). O paciente tem uma perda na capacidade de fixação de novos engramas, mas mantém déficit de evocação no início da quadro.

Alterações Retrógradas: quando há dificuldade de evocar fatos ocorridos antes de uma determinada agressão ao cérebro (trauma crânio encefálico, anestesia) ou uma experiência altamente estressante.

Alterações Qualitativas:

Ilusões Mnêmicas: consistem em falsas recordações. As formas mais conhecidas são:

- 1) “*déjà vu*” : ilusão de reconhecimento visual, na qual uma nova situação é incorretamente considerada como uma repetição de lembranças anteriores.
- 2) “*jamaís vu*” : falsa experiência de estranheza em relação a uma situação já vivenciada.

Alucinações Mnêmicas (Paramnésias): Correspondem a recordações de fatos não ocorridos. Diferentemente das confabulações, a alteração básica aqui é de pensamento, frequentemente delírios relacionados às alucinações mnêmicas. Ex: uma mulher idosa afirma que ladrões entraram em seu quarto à noite e roubaram suas economias.

Confabulações: o distúrbio primário é o de memória de fixação. Há lacunas mnêmicas que são preenchidas pelo paciente com conteúdos que não correspondem à realidade. Como há déficit de memória, o paciente dará respostas diferentes quando lhe fizerem a mesma pergunta. Ex: Um homem que “inventa” um nome diferente cada vez que lhe perguntam o nome de seu neto recém-nascido.

PENSAMENTO (forma/expressão: discurso)

Logorréia: discurso aumentado, tendência a falar muito, porém sem perda da sequência lógica.

Fuga de idéias: tendência irresistível a falar, juntamente com aceleração do curso do pensamento: uma torrente de palavras com incessante variação de temas, relacionados por associações de pensamentos ou mesmo por assonância (semelhança de sons rimas). O discurso é rápido, salta de um tema a outro sem concluí-los, de tal forma que a lógica muitas vezes se perde, apesar de haver um fio condutor presumível. Exemplo - Como vai? Vai e volta. A onda do mar, vamos cantar - Cantiga de ninar. Porque o bebê chora? Já vou embora.

Desagregação: discurso com quebra dos laços associativos lógicos, de forma a ficar incompreensível (pensamento vago). O ritmo costuma ser normal, mas a forma é “descarrilhada”. Em graus extremos denomina-se “salada de palavras”.

Exemplo- o cachorro velho não posso dizer o fato das nuvens de um modo antigo no hospital.

Incoerência: pensamento confuso e com quebra da lógica, desorganizado e incompreensível como na desagregação. Reserva-se o termo “incoerência” para estados onde há alteração de consciência (turvação).

Prolixidade: incapacidade de selecionar as representações essenciais das acessórias; o pensamento não desenvolve o tema principal, ao contrário, perde-se a todo instante, tangenciando numa série de pormenores desnecessários (detalhismo, minuciosidade, apego à insignificância, falta de objetividade). O ritmo do discurso costuma ser normal ou mesmo lentificado.

Perseveração: repetição insistente do mesmo tema principal no discurso. Mesmo que o entrevistador procure desviar o assunto, o paciente sempre retorna à sua preocupação principal. (ex: um sintoma físico, um problema familiar, um acontecimento no trabalho).

Verbigeração: repetição automática de uma palavra, sílaba, frase ou som, que se intercala entre as frases, sem nenhuma finalidade. É como uma estereotipia verbal.

Confabulação: preenchimento de lacunas de memória com conteúdos aleatórios, variáveis diante do entrevistador. O paciente responde às questões com qualquer idéia que lhe ocorra. Quando a mesma pergunta é repetida posteriormente, a resposta varia, pois outra é “inventada”. O problema de base é cognitivo (déficit de memória). Exemplo - Nome ou número de netos.

Pararesposta: situação em que o paciente responde outra coisa, não o que lhe foi perguntado. Exemplo - Quantos filhos o Sr. tem? - O remédio me tira o sono.

Paralogia: respostas errôneas às questões mais simples e elementares (erro “propositual”). Exemplo - Quantas patas tem uma vaca? - Três.

Neologismos: palavras criadas pelos doentes ou palavras já existentes empregadas em sentido desfigurado.

Tartamudez: gagueira.

Disartria: dificuldade de articular as palavras.

Mutismo: paciente não mantém contato verbal com o entrevistador, inviabilizando o acesso ao conteúdo de seu pensamento.

Bradilalia: discurso lentificado, pela diminuição da velocidade do curso do pensamento.

Ecolalia: repetição automática do que escuta ou da parte final de um comentário ou pergunta de outra pessoa. Exemplo - As estradas estão perigosas após a chuva de ontem. - Chuva de ontem.

Palilalia: repetição dos próprios sons, sílabas ou palavras.

Coprolalia: verbalização automática de palavras obscenas, que o paciente não consegue evitar (caráter compulsivo).

Mussitação: expressão da linguagem em voz muito baixa; o paciente movimenta os lábios de maneira automática, produzindo murmúrio ou som confuso.

Bloqueio de curso do pensamento: o paciente interrompe o discurso bruscamente por curto período de tempo, como se o fluxo de pensamento tivesse sido temporariamente interceptado. Depois de algum tempo, costuma completar o pensamento interrompido.

PENSAMENTO (conteúdo)

Fobia: medo exagerado ou irracional de certos objetos ou situações. O paciente costuma achar o medo “anormal”; no entanto procura evitar ao máximo o objeto ou situação temidos e, quando exposto, sente extrema ansiedade e mal-estar (podendo chegar a uma crise de pânico). Exemplos mais comuns: animais (cobra, aranha, rato, barata), água, chuva, lugares altos, lugares fechados, situações sociais.

Obsessão: pensamentos, imagens ou impulsos que surgem de forma indesejada/intrusiva e repetitiva na consciência do indivíduo, que em geral sabe que não têm fundamento e tenta ignorá-los ou afastá-los, em vão. O indivíduo percebe que são próprios (e não inseridos de fora em sua mente), são facilmente evocados e em geral desagradáveis e ego-distônicos (contrastam com os valores e desejos do indivíduo), gerando muita ansiedade/sofrimento. Podem se associar a compulsões (ver psicomotricidade). Exemplos: obsessões de contaminação, dúvidas patológicas, imagens mentais de acidentes ou mortes, impulsos auto ou heteroagressivos.

Delírio: falsa crença incompreensível, na qual o indivíduo se atém de forma inabalável (convicção ou certeza absolutas) e que não se modifica nem pela experiência nem por argumentação lógica contrária exaustiva. O indivíduo se mantém apegado à idéia delirante, sendo que todos os acontecimentos, percepções ou lembranças passam a reforçar essa falsa crença, pois a crítica está prejudicada. Mais do que um simples sintoma, a estruturação delirante é uma outra forma de ver o mundo e de se relacionar com os outros, em que a comunicação lógica se perde e o indivíduo se fecha num mundo próprio. Exemplos: delírio de perseguição (paranóide), de auto-referência, de ciúme, místico-religioso, hipocondríaco, de culpa, de ruína, de grandeza, etc.

Roubo do pensamento: o paciente sente e acredita que seus pensamentos lhe são roubados/subtraídos por outras pessoas ou entidades (ex: seres extra-terrestres, demônios, agentes secretos, vizinhos, computadores, etc). É um tipo de idéia delirante (ver pensamento - conteúdo: delírio).

Inserção de pensamento: o paciente acredita que pensamentos de outras pessoas são inseridos do exterior em sua mente, obrigando-o a pensar aquilo que não são de fato pensamentos próprios. Também chamados de pensamentos feitos/fabricados, são vivenciados como impostos ao indivíduo. Trata-se de idéia delirante (ver pensamento - conteúdo: delírio).

Transmissão de pensamento: o paciente acredita que pode transmitir seus pensamentos à distância para outras pessoas. Também é um delírio (ver pensamento: conteúdo).

Idéia deliróide: falsa crença secundária a um estado particular de humor (ansiedade/depressão), com duração em geral mais breve que o delírio, e de conteúdo bastante compreensível quando se considera o contexto ou a situação em que se encontra o paciente. A crítica se encontra temporariamente prejudicada. Remete com a resolução do problema de base. Exemplos: idéias deliróides de culpa e desvalia na depressão ou de auto-referência em situação de muita culpa/vergonha.

Idéia prevalente (ou supervalorizada): falsa crença duradoura à qual o indivíduo se atém com quase a mesma convicção que uma idéia delirante, mas que é compreensível quando se considera a personalidade global do indivíduo e sua história de vida. Não é uma idéia estranha ao eu e, em função de sua tonalidade afetiva, adquire predominância vivencial, passando a ser central. O indivíduo costuma tentar convencer os outros de que está certo, portanto não perde o interesse nos demais, e procura tomar providências baseadas na preocupação. Fora do tema da preocupação prevalente, o sujeito mantém contato, produtividade e raciocínio lógico normais. Exemplos: idéias prevalentes de ciúme, corporais de doença (hipocondríacas) ou estéticas (dismórficas).

SENSOPERCEPÇÃO

Alterações Quantitativas:

Hiperestesia : quando a intensidade das sensações está aumentada, como na mania e na histeria, em que tudo parece mais bonito, mais colorido, ou, por outro lado, mais doloroso, barulhento, etc.

Hipoestesia: quando as sensações estão diminuídas, como nos quadros depressivos, nos quais o paciente vê e sente o mundo sem graça, mais escuro, a comida fica sem gosto, etc.

Anestesia: designa a abolição de todas as formas de sensibilidade.

Analgesia: perda da sensibilidade à dor, com a conservação de outras formas de sensibilidade.

Alterações Qualitativas:

Agnosia: perda ou diminuição da capacidade de reconhecer objetos, resultante de uma lesão em áreas para-sensoriais (especializadas na diferenciação das sensações, em seu reconhecimento e integração). Ex. Um paciente portador de hemiplegia direita apresentava incapacidade para nomear os objetos, descrevendo-os geralmente por sua função, cor, forma ou temperatura, sem no entanto poder dizer seu nome (assimbolia).

Ilusão: é a percepção deformada de um objeto real e presente. O paciente altera as qualidades do objeto e da percepção. Em geral é de curta duração, o indivíduo logo se dá conta da falsidade da percepção. Nem sempre patológica. Ex: Um cinto é tomado por uma cobra; uma sombra por uma imagem; um casaco no cabide por uma pessoa, etc.

Alucinação: é uma percepção sensorial falsa não associada com estímulos reais externos. Possui: 1) nitidez sensorial; 2) projeção para o exterior; 3) intensidade; 4) impressão de realidade; 5) valor emocional

Tipos:

Alucinação visual: falsa percepção visual, que pode ser elementar (clarão, chama, lampejo de luz) ou complexa (imagens de pessoas, monstros, santos, animais, cenas diversas, etc.). Podem ser imagens imóveis ou em movimento, de tamanho normal ou minúsculas (alucinações liliputianas). Ex.: *Uma paciente relata que passeava sozinha por um jardim quando, de repente, viu ao pé de um caramanchão, dois diabos pequenos, horríveis, que saltitavam sobre uma barrica de cal com espantosa agilidade, apesar de trazerem nas pernas pesados grilhões.*

Alucinação autoscópica ou especular: é uma variedade de alucinação visual em que o paciente percebe a sua imagem corporal como se estivesse diante de si (imagem em espelho).

Alucinação extracampina: é um tipo de alucinação visual em que o paciente relata a presença de objeto ou pessoa localizado fora do seu campo visual. O paciente vê, por exemplo, pessoas que estão atrás dele, ou atrás da porta.

Alucinação auditiva: falsa percepção de sons, geralmente vozes, mas também outros ruídos (assobios, campainhas, melodias, etc.). Nas alucinações auditivo-verbais o paciente relata ouvir “vozes” que estão nitidamente localizadas no espaço externo, têm um timbre e uma clareza inegáveis. Estas vozes podem: falar na segunda pessoa; conversar entre si, considerando o paciente como a terceira pessoa; podem proferir injúrias, dar ordens (alucinações imperativas), dar informações; repetir o pensamento (sonorização do pensamento) ou descrever tudo que o paciente faz.

Ex: 1) sonorização do pensamento- “O que penso, ouço em voz alta como se estivesse falando comigo. Tenho a impressão de que, sem falar, penso em voz alta”.

2) audição de vozes que dialogam entre si: “Tenho nos ouvidos três homens que falam continuamente entre si coisas que me desagradam, pois geralmente fazem críticas ao meu jeito de ser, ao que faço ou penso, parecem zombar de mim”.

3) audição de vozes que interferem nas atividades: “Ouço a voz do Dr. João, que diz para eu quebrar a televisão e depois bater a cabeça na parede para poder me sentir melhor. Outras vezes ele manda eu parar com o remédio, pois ele vai me curar de outro jeito.”

Alucinação Olfativa: falsa percepção de um odor geralmente desagradável, repugnante (de carne deteriorada, de cadáver, de lixo, de veneno, de queimado, cheiro pútrido, de fezes). Algumas vezes o paciente sente que o odor ruim provém dele mesmo.

Alucinação Gustativa: falsa percepção de paladar, tal como paladar desagradável, estranho, metálico, um sabor de droga ou veneno, que não pode ser identificado. Costuma se associar a alucinação gustativa. Ex: cheiro e gosto de veneno na comida

Alucinação Motora ou Cinestésica: estas alucinações se relacionam com os movimentos e com o equilíbrio. Alguns pacientes relatam a impressão de que seu corpo realiza, espontaneamente, determinados movimentos. Outros alegam que parte de seu corpo executa um movimento ou um músculo se contrai sem que o examinador observe movimento na parte indicada. Podem ocorrer sensações de movimentos anormais como sentir-se suspenso no ar, voando, como se o chão afundasse.

Alucinação Tátil e de Contato: falsa percepção de toque ou sensações na superfície da pele, como de prurido, de bichos caminhando sobre a pele (pulgas, piolhos, etc.). De modo geral tem conteúdo desagradável, excepcionalmente podem ser agradáveis (nos delírios místicos). Ex: *um paciente esquizofrênico queixava nas consultas que os marcianos não o deixavam dormir, pois conversavam a noite toda, além de ficarem cutucando sua cabeça e beliscando sua perna.*

Alucinação Cenestésica: são as falsas percepções da sensibilidade geral e interna (proprioceptiva e intraceptiva). São sensações anormais em diversas partes do corpo, como: algo que pressiona os olhos para fora; sensações estranhas no cérebro, como se ali tivessem colocado uma pedra de gelo; sentir as veias correrem pelo corpo; sensação de frio ou de calor intenso, de contato sexual, de penetração direta ou à distância, de choques elétricos, etc. Ex: *um paciente queixou que não podia dormir pois seu corpo ora ficava frio como uma pedra de gelo ao ponto do coração congelar e não poder bater mais, outras queimava cozinhando tudo por dentro.*

Alucinação Hipnagógica: percepção sensorial falsa que pode ocorrer no momento de adormecer; geralmente considerada não patológica; o paciente preserva a crítica sobre a sua realidade.

Alucinação Hipnopômica: falsa percepção sensorial que pode ocorrer no momento em que a pessoa está despertando ; geralmente considerada não patológica; o paciente preserva a crítica sobre a sua realidade.

Alucinação Psíquica ou pseudo-alucinações: certos fenômenos alucinatórios, cujas imagens alucinatórias não tem um verdadeiro caráter sensorial, objetivo. Os pacientes fazem referência a “palavra sem som”, alegam conversar com outros indivíduos diretamente através do pensamento numa linguagem sem ruído. Podem também fazer referência a representações mentais cênicas, uma espécie de sonho. Estas alucinações dão ao paciente a impressão de viver de um modo representativo essas cenas imaginárias. Ex: *uma paciente relatou que o marido havia contraído o vírus da AIDS pois via internamente, como se fosse um filme, ele tendo envolvimento com outras mulheres. Viu também o momento do seu arrependimento.*

AFETIVIDADE

Ansiedade/Angústia: Estado emocional desagradável consiste em uma sensação de perigo iminente, apreensão e desamparo com ou sem objeto identificável. Nem sempre é patológico, podendo ser compreensivelmente relacionado à situação atual do indivíduo. Engloba sintomas psíquicos (medo, apreensão, expectativa, desrealização) e físicos (taquicardia, tremores, sudorese, dispnéia, dores no peito, etc). É um fenômeno presente em quase todos os transtornos mentais e onipresente na nossa vida.

Hipotímia: Humor deprimido. Indivíduo não consegue mais sentir interesse, prazer ou alegria com coisas que antes gostava. O campo de interesses se restringe, assim como as iniciativas. Os processos psíquicos costumam estar lentificados, podendo ou não haver “tristeza”, choro e ideação suicida.

Hipertímia: Humor exaltado e eufórico, não compatível com a situação vivenciada. Costuma haver aceleração psíquica global, expressão dos sentimentos sem restrições, superestimação da própria importância e ampliação de interesses e iniciativas (associação com logorréia e hiperbulia).

O tom do discurso pode ser jocoso. Ocorre em quadros hipomaniacos e maníacos, podendo se associar à irritabilidade afetiva patológica.

Irritabilidade afetiva patológica: Aumento da reatividade a determinados estímulos. Pequenos estímulos ambientais provocam reações afetivas intensas, se comparado com as demais pessoas (baixo limiar à frustração). Impaciência, intolerância a ruídos, a contrariedades, à espera; predisposição ao desgosto e à raiva. Pode se associar a comportamentos hostis e agressivos verbais e/ou físicos.

Indiferença afetiva: Diminuição da capacidade de vivenciar emoções (apatia).

Embotamento afetivo: Grau máximo de indiferença afetiva. Perda da capacidade de experimentar emoções/sentimentos. Pode ocorrer em fases tardias de quadros esquizofrênicos e demenciais.

Sentimento da falta de sentimento: Paciente se ressentido e se queixa de estar “indiferente” em relação a situações ou pessoas que antes lhe traziam sentimentos/emoções. Ocorre, por exemplo, em quadros depressivos (Ex: “parece que não sinto mais nada pelos meus filhos”).

Labilidade afetiva: (instabilidade ou inconstância afetiva). Afetos pouco duradouros que mudam facilmente conforme os estímulos. Incapacidade de manter um tônus afetivo estável, passando rapidamente de um polo a outro, às custas de pequenos estímulos ambientais (brevidade e variabilidade dos afetos). Pacientes passam da tristeza e do choro ao riso rapidamente, ou vice-versa. Alteração comum em transtornos mentais de origem orgânica.

Inadequação afetiva: Manifestações emocionais que não correspondem ao que se espera do indivíduo em determinadas situações (indiferença diante de situações emocionais ou alegria ante acontecimentos tristes ou neutros). Ex: risos imotivados.

Incontinência afetiva: Incapacidade de dominar/inibir manifestações emocionais. (Ex: choro incontido). Associa-se muito à labilidade afetiva (quadros orgânicos).

Ambivalência afetiva: Ocorrência de sentimentos contraditórios simultâneos sobre o mesmo acontecimento ou a mesma pessoa, sem predominância de um sobre o outro.

Tenacidade afetiva: Persistência anormal (excessiva) de estados afetivos como ressentimento, ódio e rancor.

PRAGMATISMO/PSICOMOTRICIDADE/VOLIÇÃO

Inquietação psicomotora: certo aumento da atividade motora, relacionado com ansiedade (o paciente consegue se manter sentado, mas mexe constantemente as mãos, o tronco, as pernas).

Acatísia: extrema inquietação motora. O indivíduo movimenta-se sem parar como se tivesse “formigas pelo corpo”, parece não conseguir se acomodar em nenhuma posição. Em geral é um efeito indesejável de psicofármacos (neurolépticos).

Agitação psicomotora: grau extremo de hiperatividade motora, em que o paciente não consegue se manter em lugares pequenos, podendo estar agressivo. Em geral necessita de contenção física ou farmacológica para não se ferir ou ferir outras pessoas.

Estereotípia motora: repetição constante, uniforme e automática dos mesmos movimentos (de expressão, de defesa ou reflexos) aparentemente sem qualquer sentido ou finalidade, por vezes bizarros. Podem durar alguns minutos ou horas, podendo ser interrompidos quando solicitado, pois são parcialmente conscientes, mas tendem a voltar a ocorrer de forma automática posteriormente (duram até anos). Exemplo: balanceamento de tronco, movimentos de braço.

Ecopraxia: repete ou imita gestos/posturas que vê.

Obediência automática: tendência geral de adotar instintiva e passivamente qualquer solicitação vinda do exterior. É também chamada de sugestibilidade volitiva. O indivíduo executa automaticamente e sem refletir tudo o que é solicitado por outra pessoa.

Negativismo: paciente comporta-se de forma oposta à esperada ou solicitada. O negativismo pode ocorrer como resistência passiva (recusa-se a agir) ou oposição ativa (faz o contrário do que lhe foi solicitado). É a alteração psicopatológica oposta à obediência automática. Exemplo: senta-se quando solicitado a levantar-se, ou vice-versa.

Atos impulsivos: atos súbitos, impetuosos, irrefletidos e em geral prejudiciais ao próprio indivíduo, mesmo que possam ser prazerosos momentaneamente. Exemplos: impulsos agressivos, sexuais (exibicionismo), alimentares (bulimia) e anti-sociais (cleptomania, piromania).

Compulsão: comportamentos ou atos mentais intencionais e repetitivos, executados pelo indivíduo em resposta à uma obsessão ou simplesmente para aliviar ansiedade, mal-estar ou desconforto. Não são agradáveis em si, mas como trazem alívio temporário, tornam-se cada vez mais fixos, estereotipados e escravizadores. Em geral o indivíduo reconhece que são ilógicos, exagerados, absurdos e até ridículos, procura ocultá-los, pois sente vergonha destes, mas não consegue evitá-los. São também chamados de “rituais”. Exemplos: compulsões ou rituais de limpeza/lavagem, verificação, contagem, ordenação/simetria, colecionamento.

Tique: movimentos, gestos ou vocalizações súbitos e de curta duração, envolvendo aspectos involuntários e voluntários. São repetidos a intervalos variáveis, geralmente em sequência (“crises de tiques”) e sem estímulos externos (por vezes há fenômeno sensorial prévio, como coceira ou cócegas

em certa parte do corpo). Relacionados com ansiedade, podem ser suprimidos temporariamente pelo esforço voluntário do indivíduo, com tendência a aumento posterior compensatório. Os tiques motores e vocais podem ser simples (piscar de olhos, dar de ombros, pigarrear) ou complexos (expressões faciais, tocar objetos, gesticular, coprolalia), sendo os últimos por vezes difíceis de diferenciar de compulsões.

Hiperbulia: aumento da vontade e da iniciativa, de tal forma que o indivíduo parte rapidamente do pensamento para ação, iniciando vários projetos ou atividades que raramente conclui de forma satisfatória, pois em geral a concentração e a crítica estão prejudicadas.

Hipobulia: debilidade da vontade em que o indivíduo tem pouca disposição (“pique”) para suas atividades habituais, que só consegue fazer às custas de muito esforço ou sacrifício. Trata-se de afrouxamento ou insuficiência volitiva na passagem do pensamento a ação. Exemplo: tomar banho, sair de casa, arrumar a casa, cozinhar, etc.

Abulia: grau mais intenso de debilidade (praticamente abolição) da vontade. O indivíduo já não consegue tomar qualquer iniciativa ou fazer qualquer atividade habitual, permanecendo muito parado ou mesmo acamado.

Estupor: grande inibição/diminuição das atividades motoras, com perda de praticamente toda a atividade espontânea. Grau máximo de lentificação psicomotora, falta de iniciativa e de reação a estímulos, pode ocorrer em quadros depressivos, histéricos ou catatônicos. É a expressão motora da abulia.

Flexibilidade cérea: o paciente é “moldado”, adota e permanece corporalmente na posição em que é colocado por outra pessoa, até a exaustão muscular. Também chamada de catalepsia (termo geral para posição imóvel constantemente mantida), costuma ocorrer em quadros catatônicos.

Ambitendência: expressão motora da ambivalência afetiva, consiste na ocorrência de impulsos volitivos simultâneos e opostos entre si, impedindo o indivíduo de tomar determinada decisão ou de executar certa ação. Exemplo: abrir a porta, cumprimentar alguém (demonstra vacilação).