

## A RELEVÂNCIA DA COMPONENTE PSÍQUICA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

E. L. Cortesão

Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria. Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.  
Lisboa. Portugal.

### RESUMO

A metodologia didáctica, que recorre ao que aqui se designa como um *esquema referencial*, tem em vista orientar para os tópicos principais do tema, os quais são desenvolvidos e explicados. Procura-se também oferecer algumas definições e conceitos, alguns deles originais ou que não se encontram com facilidade em textos e artigos dispersos ou muito divergentes nos seus fundamentos, orientações e bases científicas. O propósito didáctico principal consiste na sensibilização e abertura de perspectivas clínicas pragmáticas (mas não desinseridas de contextos científicos idóneos) que possam motivar e habilitar o médico na sua prática clínica. E, neste caso, com o objectivo de o ajudar a movimentar-se na área complexa da conjugação de componentes psíquicas com outras dimensões que lhe foram ensinadas na sua formação médica global. São especialmente focados o diagnóstico diferencial (D. D.) e as atitudes e reacções do próprio (*Self*) para com a sua componente mórbida ou processo patológico.

### DIAGNÓSTICO E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (D. D.)

O diagnóstico tem por fim permitir ao médico definir um quadro clínico, tão objectivo quanto seja possível, de modo a permitir a instituição de uma acção terapêutica adequada.

Para estabelecer um diagnóstico há que recorrer aos elementos obtidos na história clínica, na anamnese, na observação da pessoa eventualmente doente, e aos dados coligidos em exames indirectos ou complementares (exames laboratoriais, radiológicos e outros, testes psicológicos e outros).

Estes dados, elementos e provas, conduzem ao seu agrupamento em função de uma ETIOPATOGENIA, uma PATOLOGIA e uma EVOLUÇÃO.

Conjugando os factores da etiopatogenia, da patologia e da evolução, estabelece-se um diagnóstico. Nalguns casos, o diagnóstico será somente *provável* quando aqueles dados não permitem deduzir uma formulação diagnóstica concludente.

O diagnóstico diferencial (D. D.) deve procurar estabelecer hipóteses diagnósticas que sejam pertinentes de formular, por exemplo, em face de sintomatologia comum a diversos quadros clínicos.

A componente psíquica tem naturalmente que ser sempre valorizada quando se procura determinar um diagnóstico ou um D. D.<sup>1</sup>

Toda a doença assenta numa vivência do patológico numa pessoa que não é necessariamente *patológica* no conjunto da estrutura e funcionamento da sua personalidade e do seu carácter.

COMPROMETIMENTO DO PRÓPRIO (*SELF*)

O *Self*<sup>2-4</sup> de cada pessoa encontra-se intrinsecamente cometido na doença que essa pessoa exprime, denuncia ou apresenta.

É já aqui encontraremos diversos modos de comprometimento do *Self*.

*Reacção adequada.* A pessoa toma conhecimento de uma componente patológica e procura — tanto quanto lhe é possível — reagir adequadamente.

Exemplo I: A. S. de 46 anos, engenheiro de máquinas numa empresa metalúrgica, nota sintomas de fadiga, taquicárdia e dispneia ao subir escadas e em outros esforços. Ansiedade ligeira em relação aparente com estes sintomas.

Procura consulta em que se diagnostica (com D. D.) que o quadro clínico é devido a:

- a) Obesidade gradual nos últimos 4 anos.
- b) Viuvez há 5 anos com elaboração razoavelmente normal de luto,<sup>5</sup> sem depressão relevante, mas com aumento de ingestão de álcool, hidratos de carbono, glucose e lipossaturados. Refeições em cantinas e restaurantes, devido à alteração da vida.  
Cerceamento da vida afectiva, sexual, social e cultural, funcionando os excessos e a desarmonia alimentar como sobrecompensação para as carências mencionadas (sobrecompensação oral-alimentar para a carência oral -afectiva).<sup>3, 4, 6</sup>
- c) O exame clínico, o E. C. G. e os exames laboratoriais mostram, na evolução, que a disfunção cardíaca e a respiratória têm carácter agudo e cedem à acção terapêutica.

Esta vai incidir tanto na dimensão etiopatogénica como na modificação do quadro patológico e na própria evolução e catamnese.

A acção terapêutica vai actuar nas seguintes dimensões:

- a) Correção do desequilíbrio metabólico por regulação dietética.
- b) Medicação inicial para regulação de hipertensão arterial.
- c) Psicoterapia incidindo sobre os seguintes factores:

1) Consciencialização da relação entre a *perda de objecto*<sup>3, 6</sup> (falecimento da mulher) e a actividade de sobrecompensação oral-alimentar. O médico não deve usar terminologia profissional e científica no processo terapêutico de promover a consciencialização de motivações e seus efeitos.<sup>7</sup>

2) Conferir e reflectir com o próprio sobre a formulação de novos módulos de relação existencial. Estes abrangem a relação afectiva, a sexual, a social, a comunitária, a cultural, a profissional e outras. O médico deve procurar estimular o próprio a formular ele mesmo esses novos módulos de relação e não propor aquelas *soluções* que lhe pareçam a ele, médico, ser as mais adequadas.

Havendo sintomatologia ansiosa poderá prescrever-se, como medicação, as benzodiazepinas<sup>8</sup> e seus derivados como por exemplo, o diazepam (Valium, Metamidol, Unisedil, Bialzepam); o medazepam (Ansius e outros); o bromozepam (Lexotan); o lorazepam (Lorenin e outros); o oxazepam (Serenal e outros). O flunitrozepam (Rohypnol) tem acção específica na insónia que pode acompanhar a sintomatologia ansiosa.

Havendo depressão, pode-se recorrer a derivados imipramínicos como, por exemplo, a imipramina (Tofranil e Imiprex); a clomipramina (Anafranil); a trimipramina (Surmontil).

Este tipo de doente deve ser observado regularmente e espaçadamente durante um período de, por exemplo, seis meses a um ano. Dessa altura deve-se conferir o progresso feito na Evolução.

Esta tem que se aferir em função da sintomatologia e do processo patológico latente.

Porém, a *compreensão* do médico,<sup>2, 9, 10</sup> na Evolução, deve dirigir-se, essencialmente, ao entendimento da *Pessoa* que esteve ou está ocasionalmente *enferma*,<sup>11</sup> e ter acesso — no nível individual — às capacidades potenciais do *Self* numa perspectiva de equilíbrio entre Saúde e Doença. Esta compreensão completa-se pela percepção e eventual mobilização de potencialidades, de resistências ou de conflitos no ambiente em que o *Self* se localiza, se nutre e se movimenta — matriz familiar,<sup>7, 12</sup> matrizes comunitárias.

O exemplo I demonstra o conceito de *distância* e de *consciência do patológico*. O indivíduo não estabelece a distância entre o *Self* e o processo patológico do qual tem consciência, sobretudo, e neste caso, da componente psíquica desse estado patológico. Não se estabelece *clivagem* entre *São* e *Doente*.

Ainda como exemplo de *reação adequada*, mas neste caso com componente psíquica que não é significativa, atente-se nos dados anamnéticos, história pessoal e evolução do caso seguinte:

Exemplo II: M. L., 34 anos, trabalhadora em fábrica de artigos eléctricos. Apresenta-se na primeira consulta referindo dispneia (descrita como *crises de asma*) e ansiedade aparentemente em relação com a dificuldade respiratória. O D. D. permite estabelecer:

- a) Início dos sintomas nos últimos dois meses.
- b) A observação revela pleurisia específica de grau moderado.
- c) A história pessoal mostra, entre vários elementos, que cerca dos dois anos houve afecção respiratória mal defenida, que é descrita como *crises de asma*. Estas coincidiram com o nascimento de uma irmã. Na história actual anota-se o nascimento de uma filha há seis meses.
- d) A matriz familiar evidencia conflitos latentes com o marido e com a mãe (com quem habita). A matriz sócio-cultural, na dimensão do ambiente de trabalho, revela tensões e querelas com o chefe da sua secção e companheiros de trabalho; todavia os traços de personalidade e carácter, com irritabilidade e hipersensibilidade são referenciados aos últimos cinco meses.

O tratamento específico da pleurisia mostra, na Evolução, não só a remissão do quadro clínico como a estabilização da personalidade em relação a características anteriores ao estabelecimento do quadro clínico actual.

Portanto, a componente psíquica não é significativa para o D. D. e a acção terapêutica. As alterações da personalidade e do carácter, a psicogenia aparente na história pessoal (*asma* na infância quando do nascimento de uma irmã, *asma* actualmente quando do nascimento de uma filha) e os conflitos nas matrizes familiar e laboral não são relevantes para a etiopatogenia do processo patológico. Eventualmente poderão tornar-se significativos e relevantes se uma evolução num contexto diverso do processo patológico que trouxe a doente à consulta assim o evidenciar. Mas são processos patológicos diferentes, no seu contexto e na sua inter-relação. Da mesma forma que, por exemplo, se possa detectar, numa pessoa cujo motivo de consulta era sintomatologia do tracto urinário e em que se diagnosticou uma cistite aguda, a existência de epilepsia do tipo de *pequeno-mal*, de que a pessoa não suspeitava e que naturalmente não fora motivo de consulta.

Ainda, e referindo os exemplos I e II, a atitude do *Self* e da personalidade ante a componente mórbida e o processo patológico, pode-se então descrever como *cooperante e expectante*.

Quando o *Self* revela cooperação activa com participação positiva em relação à componente mórbida, pode-se descrever essa personalidade como *cooperante e activa*.

### COMPROMETIMENTO DO SELF COM REACÇÃO INADEQUADA

A pessoa é *reticente* ou denota *resistência*<sup>o</sup> em ter consciência:

- a) De um processo patológico.
- b) Das implicações e das consequências desse processo.
- c) Da componente psíquica. Esta componente pode ser etiopatogenicamente a *principal* ou a ser a *concomitante*.

Exemplo III: B. M., 38 anos, casada, o marido trabalha na construção de instrumentos de precisão; três filhos (19, 18 e 15 anos). Apresenta-se na consulta de Medicina com queixas gastro-intestinais difusas, variadas e imprecisas; desalento, astenia e mal-estar generalizado.

Verifica-se que o quadro clínico é de longa evolução e que o factor iatrogénico é preponderante:

a) Múltiplas consultas, exames laboratoriais, radiológicos e outros, desde há muitos anos.

b) Na maioria dos casos não houve comunicação entre os médicos das consultas a que recorreu. Os exames repetem-se, os diagnósticos variam, as tentativas terapêuticas multiplicam-se.

c) Nesta consulta o médico localiza, na história clínica, a relevância de especificidades da Personalidade e matizes do Carácter: rigidez, preceitos morais obsessivos, frigidez sexual, ênfase no cumprimento doloroso do dever, com pobreza de disponibilidade afectiva.

d) O acesso à matriz familiar revela alcoolismo no marido (instalado um par de anos após o casamento); tentativas de suicídio da filha; toxicofilia e fuga de casa, de um filho. O mais novo parece identificar-se com certos traços de personalidade da mãe, mostrando-se rígido, isolado, aparentemente *bom estudante*, com acentuadas características esquizoides, comportamento bizarro, humor discordante. Pretensa atitude de superioridade para com os irmãos, aparente *desprezo* pelo pai. (O acesso à matriz familiar pode ser realizado por outros médicos da equipa, a assistente social, o psicólogo ou a enfermeira).

e) A atitude do *Self* é de passividade não-cooperante e agressiva (atitude passivo-agressiva). Neste sentido, por um lado, queixa-se dos seus males como entidades que fossem alheias a ela própria (distância, clivagem); por outro lado, reclama cuidados, acusa os médicos, mas não oferece qualquer alternativa de cooperação.

É evidente que num caso como este qualquer acção terapêutica implica a abordagem, entre outras, da estrutura sadomasoquista da personalidade e do carácter. Porém, a doente recusa e opõe-se a qualquer intervenção psicológica. Quanto muito tem aceitado tomar *tranquilizantes*, ansiolíticos e *antidepressivos* ministrados com mais pendor empírico do que ponderação terapêutica adequada, e desde que se convença que tais *remédios* são destinados aos seus *males*, mais que a ela própria.

O problema da *distância* e da *clivagem* coloca-se, neste caso, não só em relação à própria, como também na atitude de alguns médicos que tem consultado ou que conhece. Eles próprios ignoram a componente psíquica (que neste caso é a *principal*) ou não sabem dar-lhe relevância adequada.

Em algumas consultas de especialidades a que recorreu procurou-se, por exemplo, dar relevo profissional e científico aos aspectos concernentes à respectiva *especialidade*. Observações pormenorizadas, exames complementares, diagnósticos parciais, incompletos ou errados. A componente psíquica, nalgumas consultas, foi atendida com farmacoterapia empírica e inoperante.

O médico não pode — em casos como este — tratar a *Parte* sem abranger o significado do *Todo*.<sup>2</sup>

O exemplo III serve ainda para elucidar sobre a influência sociogénia de certos elementos da comunidade ou da matriz sócio-cultural (vizinhos, conhecidos, etc.) que tendem a *alimentar* este tipo de pessoas, condoendo-se na aparência, aconselhando-as erradamente e, finalmente, deixando-as tal como estão, entregues ao seu padecimento ambulante, abandonando-as no seu relambório sadomasoquista.

### OUTRAS ATITUDES DO SELF (ANTE A SUA COMPONENTE OU PROCESSO PATOLÓGICO)

Tem que se considerar, naturalmente, como *passiva* a atitude em casos específicos, como sejam deficiência mental, certos estados confusionais, deterioração profunda da personalidade em algumas psicoses, estados demenciais, comas prolongados. Qualquer estado mórbido em que as raízes biológicas e fisiológicas do *Self* se encontram atingidas, coartando o desenvolvimento ou o funcionamento da personalidade, podem ser factores de ordem *evolutiva* ou *involutiva*.

Há casos em que a atitude do *Self* é conscientemente cooperante, expectante e passiva. Mas, inconscientemente, é auto-destrutiva. Nestas pessoas, há factores latentes e inconscientes que funcionam como se o próprio não deseje viver e em que mecanismos inconscientes actuarão como que destruindo todas as tentativas terapêuticas. São exemplos, casos de isolamento, separação e semelhantes que os autores britânicos designam por *bereavement syndrome*.<sup>13, 14, 15</sup>

Certas personalidades evidenciam comportamentos incooperantes e autodestrutivos que interferem na acção terapêutica que se pretenda instituir. Nestes casos o indivíduo tem, por vezes, que ser protegido de fóra-para-dentro (vigilância, internamento, participação activa da matriz familiar e outras medidas preventivas). Além de se ter presente a especificidade de situações de estado psicótico, toxicomanias ou neuroses graves, há que investigar o desenvolvimento e as características da personalidade anterior. Conjuntamente com medidas terapêuticas específicas para o quadro clínico principal, há que procurar ter acesso a aspectos positivos da personalidade anterior e a eventual cooperação do *Self*.

A função do médico é basicamente e essencialmente a de promover a Saúde e debelar a Doença. Não deve o médico, porém, extremar-se em combater a segunda de tal forma que venha a danificar a primeira.

O tratamento precipitado da ansiedade com ansiolíticos pode obscurecer um quadro patológico complexo de que ela é sintoma. O mesmo se pode dizer do sintoma depressivo, da cefaleia, da taquicardia.

O *afã terapêutico* pode representar entusiasmo pernicioso, impaciência imponderada ou obsessão defensiva do próprio médico confrontado com as suas limitações.

Um diagnóstico e uma acção terapêutica implicam — sempre e tanto quanto seja possível — a participação do Próprio, das matrizes familiar e comunitária, do médico, de outros médicos ou de uma equipa multiprofissional. Para evitar que, como se diz num adágio inglês, *se despeje o bebé com a água do banho*.



## SUMMARY

THE OUTSTANDING ROLE OF THE MENTAL COMPONENT  
IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

The referential scheme is framed with a view to sensibilize to the main topics approached and elaborated throughout this paper. Due to the variety and dispersion of epistemological approaches within psychological medicine and mental health and attempt is made here to help the practitioner to find some clinical reference to use in an otherwise confused field as it is the weight of psychological factors in routine medical practice.

## BIBLIOGRAFIA

1. SHEPHERD M, COOPER B, BROWN AC, KALTAR GW. Psychiatric illness in general practice. 1966, Ox. Univ. Press, Oxford.
2. CORTESÃO EL. Compreensão psicológica e psicoterapia. *Saúde Mental* n.º 20, Abril-Junho 1974.
3. FENICHEL O. The Psychoanalytic Theory of Neurosis. 1965, W. Norton, New York.
4. RYCROFT C. A critical dictionary of psycho-analysis. 1972, Penguin Reference Books, Londres.
5. CLAYTON PJ, HALILXAS JA, MAURICE WL. The depression of widowhood. *Br J Psychiat* 1972; 120: 71.
6. LAPLANCHE J, PONTALIS JB. Vocabulário da Psicanálise 1973, Lisboa.
7. CORTESÃO EL. Psicogenia dos estados depressivos. *O Médico* 1973; 67: 721-727.
8. REES WL. New horizons in psychopharmacology. *Proc Roy Soc Med* 1972; 65: 813.
9. CORTESÃO EL. Relações médico-doente. *An Port Psiquiat* 1955; 7: 178-189.
10. SUTHERLAND JD. A psychodynamic approach to the understanding of the person, in Companion to Psychiat. *Studies* 1973, 1: 205-224, Londres.
11. BARAHONA-FERNANDES HJ. Psiquiatria social. Modelo antropológico médico da doença-saúde mental. *Acta Med Port* 1979; 1: 251-256.
12. LIDZ T. The family and human adaption. 1963, N. York Univ. Press, N. York.
13. PARKES CM. The effects of bereavement on physical and mental health—a study of the medical records of widows. *Br Med J* 1964; 2: 274.
14. PARKES CM. Bereavement and mental illness. *Br J Med Psychol* 1965; 38: 1-13.
15. WILLIS JH. Clinical Psychiatry. 1976, Blackwell Scientific Publications, Londres.

Pedido de Separatas: E. L. Cortesão

*Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria*

*Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa*

*Calçada da Tapada, 155*

*1300 Lisboa. Portugal*