

DIAGNÓSTICO DAS NEUROSES E ESTADOS AFINS NA PRAXIS POLICLÍNICA

E. L. Cortesão

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

RESUMO

Esquematiza-se o diagnóstico das Neuroses de modo a acentuar a dimensão pragmática e clínica. Procura-se evitar conceptualizações teóricas, abstractas ou muito especializadas. Assim, utiliza-se o esquema no ensino pregraduado e posgraduado tal como é posto em prática no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa. O propósito didático tem em vista sensibilizar, estimular e habilitar o futuro médico na capacidade de delimitação de quadros clínicos em que o distúrbio neurótico pareça ser significativo.

DEFINIÇÃO

As neuroses são perturbações psíquicas ou doenças mentais que afectam o funcionamento espontâneo da personalidade e a relação do Próprio com o mundo exterior. Na sua etiopatogenia não se apura causalidade orgânica específica. Os factores psicológicos (factores psicogénios) e os factores sociológicos (factores sociogénios) são significativos na génese e evolução do distúrbio. Geralmente a pessoa tem consciência do seu estado patológico e de conflito ou inadequação. Não só entre os seus impulsos e desejos na realidade interna (adentro de si próprio) como entre o Próprio (Self) e a realidade externa (o meio ambiente).¹⁻³

Esta definição é essencialmente clínica mas não pode resolver os múltiplos escolhos na definição de neurose e na delimitação do conceito.

As diversas definições e classificações das neuroses reflectem as tendências e influências prevalentes numa dada época da história da medicina, de condicionamentos sociológicos e de preferências de metodologia científica, estas nem sempre isentas de factores onde abunda o emocional e o apologetico sobre a objectividade e a noção de limitação de conhecimento. Quando assim é, a *contemporaneidade da informação científica* é grosseiramente limitada e a complementaridade dos conhecimentos especializados não se opera, prejudicando o conhecimento científico global que é preterido em favor do conhecimento limitado numa certa área de investigação, de conceptualização teórica ou de pura especulação.

O termo *neurose* parece ter sido formulado pela primeira vez pelo médico escocês William Cullen nos fins do século XVIII. Até fins do século XIX o conceito pretendia englobar entidades diversas cuja origem seria genericamente a disfunção do sistema nervoso. Esta tendência terá criado raízes tão profundas que ainda nos nossos dias se recorre à expressão *são nervos* ou *sofrer dos nervos* para referir quer distúrbios neuróticos quer perturbações psicossomáticas. Os preconceitos ou a ignorância sobre a origem psíquica das doenças é proporcional ao atraso cultural de um país ou comunidade. As limitações e as resistências da investigação e do ensino médico naquele sentido reflectem esse mesmo atraso.

Outra tendência na definição de neurose, que perdura ainda nos nossos dias é a de conectar *neurose* com o órgão (neurose cardíaca), a função (neurose digestiva) ou o sistema (neurastenia) que reflectem o processo psicopatológico de fundo.

Esta terminologia, bem como outras, de fundamento meramente empírico ou intuitivo perdura, por vezes, na linguagem médica através de expressões como *esgotamento nervoso* ou *distonia neuro-vegetativa*, a famosa D.N.V. que em certos serviços de urgência ou rotinas hospitalares, ainda recentemente, era uso apôr, como rótulo, naquelas pessoas em relação às quais o médico não estava preparado nem treinado para diagnosticar a neurose de ansiedade, a reacção histerica ou a tendência hipocondríaca reflectida ao nível da função gastro-intestinal, por exemplo.

A investigação científica de I. Pavlov e o desenvolvimento da Teoria da Actividade Nervosa Superior (A.N.S.), as noções de excitação, inibição e reacção paradoxal, conceptualizam um modelo de neurose tal como é demonstrado nas neuroses experimentais, em experiências com animais, e extrapolando-o para a neurose do homem. A teoria dos reflexos condicionados e da A.N.S. deram origem a movimentos e escolas comportamentalistas (*behaviour theory*) e da aprendizagem (*learning theory*).^{5,6}

Nestas, a formulação teórica básica é a de que o conflito neurótico — resultante de conhecimentos inadequados — conduz a uma aprendizagem (*learning*) defeituosa, a qual se vai manifestar por respostas inapropriadas. Por isso, o propósito terapêutico no tratamento da neurose — segundo a conceptualização comportamental — é a remoção do sintoma perturbador uma vez que se postula que a perturbação neurótica é a representação duma resposta de aprendizagem inadaptada (*learned maladaptive response*) e, assim, uma vez que tal resposta é *desaprendida* (*unlearned*) a pessoa poderá melhorar.

A investigação de S. Freud, iniciada nos fins do século XIX e completada pelo desenvolvimento e descobertas da Psicanálise,^{7,8} formula essencialmente que a neurose é a expressão de um conflito entre impulsos ou desejos inconscientes, por um lado, e o Ego, por outro lado. Os sintomas neuróticos são, assim, a expressão simbólica desse conflito e constituem um compromisso. Este, porquanto se possa considerar como um desvio daquilo que se queira definir como normalidade, apresenta-se mesmo assim como que a *solução* possível, para um *modus vivendi*. Tal forma de existir é mais tolerável para o sujeito do que a desintegração da personalidade e o corte com a realidade que resultariam da incapacidade do Ego para elaborar *mecanismos de defesa*. Estes permitem a estruturação e a função do *conflito*, do *compromisso* ou da *solução* neurótica.

Na teoria psicanalítica, as origens da neurose são significativamente conectadas com o desenvolvimento genético-evolutivo da personalidade e, particularmente, com o desenvolvimento nos primeiros anos de vida.⁷⁻¹⁰

A demonstração de factores de génese social¹¹ como influenciantes no surto e na evolução de quadros neuróticos tem apontado para tais factores como particularmente significativos na incidência e variação da patologia neurótica.^{9, 11-13}

O trabalho clássico de Hollingshead¹³ chama a atenção para a relação entre neurose, psicose e classe social. A histeria de conversão, na sua forma mais dramática, tende a diminuir com o progresso cultural e o acesso a meios de informação diferenciados. As situações de guerra e similares provocam variação na incidência e nos quadros clínicos da perturbação neurótica. A investigação sobre instabilidade na organização comunitária e nas relações entre os seus membros apontam no mesmo sentido.^{9, 14}

As características da matriz familiar¹⁵ e da matriz sócio-cultural devem ser tomadas em linha de conta para a etiopatogenia, o diagnóstico, a evolução e a própria perspectiva terapêutica das neuroses.

Um modelo de conceptualização mais global do funcionamento psíquico e das suas variações e distúrbios (neuróticos e outros) encontra-se num trabalho recente de Barahona Fernandes.¹⁶

Este autor concebe o binómio saúde-doença na sua dimensão médica e antropológica, de forma compreensiva e pertinente.

PERSONALIDADE NORMAL E PERSONALIDADE NEURÓTICA

A investigação psicanalítica pôs em evidência que os mecanismos psíquicos que estão em causa para a estruturação da neurose são universais e pertinentes para a compreensão da génese da personalidade.

A delimitação entre normal e neurótico é muitas vezes difícil, sobretudo quando as atitudes e comportamento de uma pessoa não são evidentemente desviados daquilo que se considera normal numa determinada sociedade ou comunidade.

Qualquer indivíduo possui uma certa organização da personalidade através da qual coopera, por assim dizer, com a realidade externa em que existe, bem como com contradições e conflitos na sua realidade interna. A pessoa existe, assim, adentro de um *equilíbrio instável* entre as suas motivações inconscientes, impulsos e desejos, os mecanismos de defesa do Ego e a realidade externa.

Nalgumas pessoas encontramos, contudo, aquilo que podemos designar por *traços neuróticos* da personalidade mas que não se devem considerar como *neurose*, porque são manifestações isoladas, pontuais, que não perturbam de maneira global o funcionamento harmónico da personalidade. Geralmente são acessíveis à argumentação lógica, o indivíduo tem deles consciência e podem ser modificados pela vontade ou a persuasão.

Como exemplos, entre muitos, encontramos o medo de viajar de avião, as inibições ante certos alimentos, o temor de falar em público, a tendência mágico-animista (entrar com o pé direito, as capicuas, nunca passar por baixo de escadotes, o número 13, amuletos, objectos que dão sorte, etc.).

Por outro lado certos comportamentos podem ser considerados como *naturais* e adequados e não como traços neuróticos, quando se tomam em linha de conta as circunstâncias em que o comportamento é manifestado. Assim, e por exemplo, pode ser natural ter receio de viajar de avião numa determinada companhia de aviação na qual em data recente houve múltiplos acidentes, ou hesitar em comer vegetais crus durante um surto de cólera, ou, ainda, falar em público numa audiência hostil e violenta.

REACÇÃO NEURÓTICA

As reacções neuróticas são situações clínicas agudas em que a personalidade reage a um acontecimento que actua como estímulo ante o qual os mecanismos de defesa do Eu não funcionam de modo a permitir o equilíbrio e a função harmónica da personalidade. Têm carácter transitório e a remissão opera-se com relativa facilidade uma vez que o estímulo desencadeador se modificou na sua natureza ou na sua configuração.

Portanto, na reacção neurótica, podemos encontrar as seguintes características: Carácter agudo, evolução breve e a Pessoa tem geralmente consciência do seu estado patológico e consegue discernir (*insight*) sobre a motivação, a reacção e a sua provável evolução ou remissão. A distância entre o Self e os sintomas é reduzida. A Pessoa não nega a causa do seu estado, ainda que possa não *compreender* a relação causa-efeito.

Na reacção neurótica, o indivíduo reage com a *predisposição neurótica* que já existia e que, neste caso, se agudiza.

Um exemplo é-nos dado pela reacção a temor ou insucesso em exames ou concursos. A predisposição depressiva reagirá com desalento, autocrítica e subvalorização. A predisposição paranoide reagirá com ideias de desfavor, más-vontades do júri, etc.

Semelhantemente, a predisposição fóbica, a obsessiva, a histerica, etc. O que é importante frisar uma vez mais é que toda a sintomatologia cede à argumentação lógica e à medicação sintomática e tende a remitir com brevidade.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS NEUROSES

Delimitação das psicoses

Duma maneira geral pode-se dizer que, nas Psicoses, há (e, nas Neuroses, não há):

- a) Corte com a realidade.
- b) Ausência de consciência do patológico.
- c) Menor capacidade de discernimento (*insight*).
- d) Menor capacidade de argumentação lógica.
- e) Actividade delirante.
- f) Actividade alucinatória.
- g) Turvação da consciência.

Contudo a fronteira entre a neurose e a psicose nem sempre é fácil de delimitar e os factores acima apontados para um diagnóstico diferencial devem-se considerar no seu valor relativo. Além disso, algumas daquelas características das psicoses encontram-se num certo tipo de psicose e noutro não.

Delimitação das perturbações do carácter, da neurose de carácter e da psicopatia

Nestas perturbações predomina:

- a) A tendência a actuar os impulsos; pequena tolerância para a frustração; carência de juízo crítico. A este conjunto chama-se passagem-ao-acto ou *acting out*.
- b) A culpabilidade é frouxa ou nula.
- c) Há instabilidade profissional (mudança de empregos, tarefas ou postos de trabalho).
- d) Na neurose de carácter, *o conflito defensivo não se traduz pela formação de sintomas nitidamente isoláveis, mas por traços de carácter e modos de comportamento e mesmo uma organização patológica do conjunto da personalidade.*¹
- e) Há tendência mitómana: Invenção de histórias, por vezes circunstanciadas, sem qualquer conexão com factos da realidade externa, ainda que possa haver relação com as fantasias inconscientes do indivíduo.
- f) Pode haver mentira habitual e, com frequência, comportamento anti-social.

Delimitação das doenças psicossomáticas

Sucintamente, pode-se dizer que nestas há um órgão, função ou sistema especialmente afectados. Esta afecção é predominante. E que na doença psicossomática há maior *distância* entre o Self e a lesão ou disfunção.

Delimitação de outras instâncias

Há que diferenciar a neurose:

- a) Do equilíbrio instável (que é a normalidade).
- b) Dos traços neuróticos.

- c) De comportamentos defensivos e adaptativos.
- d) Da reacção neurótica.
- e) De uma componente neurótica, que surja em outra enfermidade e relacionada com esta (por exemplo reacção fóbica em tuberculose pulmonar).
- f) Da concomitante neurótica (coexistindo com outra enfermidade mas sem relação com esta). Por exemplo, síndrome de Wolf-Parkinson-White e neurose obsessiva sem qualquer relação de estrutura patológica entre as duas entidades.

CLASSIFICAÇÃO DAS NEUROSES

Neurose de ansiedade^{7, 24}

- a) Experiência subjectiva e emocional de desconforto, mal-estar, medo, terror ou pânico.
- b) Ansiedade, que pode estar *ligada* ou *desligada*.
Por exemplo, temor ou pavor ante uma intervenção cirúrgica, ante a repetição de um abalo sísmico, na perspectiva de uma intervenção em público, etc. (ansiedade *ligada* a um acontecimento ou situação). Há casos em que os surtos agudos de ansiedade não são aparentemente conectados com *vivências* ou *fantasias* conscientes para o sujeito. Diz-se então que a ansiedade está *desligada*. Tem-se descrito sob a designação de ansiedade vital ou angústia vital este tipo de surtos ou estados de ansiedade em que não se apurariam factores psicogénios ou sociogénios (em que a ansiedade surgiria desligada). Quando a ansiedade se denuncia ligada de forma constante a uma representação psíquica, acontecimento ou situação, estamos em presença de uma estrutura fóbica e clinicamente descreve-se por vezes esse estado como Neurose fóbico-ansiosa.
- c) A ansiedade e a emoção são antecipantes e dirigem-se ao futuro.
- d) Inadequação e desproporção entre a causa, ou a situação, e a ansiedade provocada.
- e) Há compromisso fisiológico e somático.
- f) Alteração do ritmo sono-vigília.

Neurose fóbica

Investimento de um objecto ou situação com qualidade fóbica (medo de) enquanto o significado inconsciente não é acessível ao sujeito.

Fobias mais comuns:

- a) Agorafobia (temor de espaços livres).
- b) Claustrofobia (temor de espaços fechados).
- c) Cancerofobia.
- d) Fobia de certos animais (gatos, aranhas, certos répteis).
- e) Fobia de infecções (tuberculose pulmonar, gonorreia, por exemplo).
- f) Fobia de doença cardíaca.
- g) Fobia da morte do próprio.
- h) Fobia da morte de outrem.
- i) Fobia de certos objectos (por exemplo fobia das tesouras e facas em jovem mãe devido a temor de fazer mal ao bebé recém-nascido).

A ansiedade — na neurose fóbica — que constitui um afecto elementar, pode apresentar-se conectada com uma representação consciente para o sujeito (por exemplo, surto de ansiedade aguda quando tem que sair sozinho de casa para o trabalho). Diz-se, neste caso, que a ansiedade está *ligada*. isto é, a crise de ansiedade é denotada pelo sujeito em relação com um acontecimento ou situação. Porém, o significado e a motivação mantêm-se inconscientes. Este significado e motivação podem ser acessíveis à psicoterapia, ao tratamento psicanalítico ou ao tratamento grupanalítico.

Assim, e do ponto de vista terapêutico, a acção medicamentosa, por exemplo com benzodiazepinas, vai actuar directamente na intensidade dos sintomas (redução no nível psíquico da angústia, medo ou pavor). A farmacoterapia vai actuar ainda nas repercussões somáticas e fisiológicas e na regulação do ritmo sono-vigília. A psicoterapia pode proporcionar tranquilização e discernimento (*insight*) na medida em que o médico ofereça uma relação afectiva de empatia e uma relação cognitiva de compreensão de-dentro-para-fora.¹ A terapia do comportamento irá intervir adentro da formulação teórica e técnica atrás descrita (Neuroses, Definição, 5); e neste contexto poderá ter também uma componente de psicoterapia.

Nos tratamentos de psicanálise e grupanalise, a ênfase terapêutica é colocada no processo patológico e na perspectiva genético-evolutiva. O acesso à motivação e significados inconscientes assumem mais relevância que a intervenção ao nível consciente (discernimento intelectual) e o tratamento sintomático.

O médico não deve porém descorçoar com a ideia de que este tipo de distúrbio neurótico só poderá beneficiar com tratamentos especializados (aliás só disponíveis neste país nas três cidades de concentração médica). A psicofarmacoterapia pode e deve ser praticada pelo médico não-especializado sempre que a pessoa que ele trata não pode (por razões pessoais, geográficas, económicas ou outras) recorrer a tratamento especializado.

Neurose histérica de conversão

- A) Sintomas de conversão. Inibições motoras. Paralisias, parestesias, hipoestésias, hiperestésias, anestésias.
- B) Alterações de função:
 - a) Respiratória (dispneia, apneia e hiperpneia histérica, por exemplo).
 - b) Cardiovascular (taquicardia, crise pseudo-anginosa, por exemplo).
 - c) Visual (perda ou diminuição da visão, diplopia, blefaro-espasmo, etc.).
 - d) Auditiva (diminuição da audição ou surdez histérica; alterações histéricas de percepção auditiva).
 - e) Digestiva (anorexia histérica, vômitos, bola esofágica, aerofagia, diarreia, prisão de ventre, etc.).
 - f) Alterações histéricas olfactivas, tácteis, gustativas e outras.
- C) Contraste entre o quadro clínico (geralmente mostrado como *dramático e grave*) e o teor afectivo e emocional (por exemplo, de riso ou circunstancialidade).

Uma doente com neurose histérica e blefaroespasmo (contração permanente dos músculos das pálpebras) entrou no Consultório dizendo: *Sr. Dr., mais uma vez aqui vem esta pobre cega perdida para a vida e para o mundo, esperando pacientemente o dia da sua morte!* Depois sorrindo, bem disposta e coquette; *Estou a adivinhar que o Sr. Dr. está a sorrir para mim... com certeza julga que isto é dos nervos ou que é exagero...*

Charcot, o mestre da neurologia francesa (com quem Freud trabalhou nos fins do século passado na Salpêtrière) designava esta clivagem (na histeria) por *la belle indifférence*.

- D) Tendência à dramatização. Babinski designou de *pitiatismo* o modo peculiar de comportamento e expressão afectiva nas histerias.

A classificação de neurose de ansiedade, neurose fóbica e neurose histérica de conversão, procura contemplar propósitos de praxis clínica. A classificação psicanalítica engloba na neurose histérica dois tipos:

- A neurose de ansiedade (que inclui as fobias).
- A neurose de conversão.

Neurose obsessiva

- a) Há obsessão (por exemplo de morte; de casar ou não casar, etc.) e há compulsão, ou seja, necessidade imediata, incoercível e pungente de praticar actos, dizer palavras para anulação de pensamentos obsessivos, etc.
- b) Tipo de pensamento mágico-animista.
- c) Tendência a rituais.
- d) Ruminação mental.
- e) Ambivalência.
- f) A teoria psicanalítica relaciona a neurose obsessiva com o carácter anal, ou *analidade*⁷.
- g) Tendência à racionalização, à intelectualização e à repressão dos afectos.
- h) Vivência de absurdo.
- i) Na neurose obsessiva a distância do Self em relação aos sintomas é essencialmente *afectiva*, ao passo que na neurose histérica essa distância é essencialmente *cognitiva*.

Para exemplificar todos estes sintomas resume-se o caso de um homem de 28 anos, com neurose obsessiva:

- a) Estava a assistir à ópera em S. Carlos e, compulsivamente, tentava contar todas as lâmpadas dos grandes candelabros pendentes do tecto. Como se poderia ter enganado voltava ao princípio. Com esta compulsão tentava anular o pensamento de morte do pai (que não estava no teatro mas sim em casa). Este pensamento fora desencadeado pela cena que era representada na ópera e em que um jovem assassinava um homem mais velho.
- b) Pensou que se contasse todas as lâmpadas seria um bom matemático e daria alegria ao pai, (na realidade não conseguia progresso no Curso do J. S. Técnico).
- c) Relata rituais de ir várias vezes conferir se a porta da rua estava bem fechada (para que não entrasse um ladrão que roubasse ou matasse a família).
- d) Queixava-se do sofrimento resultante da repetição, até à saciedade, sempre dos mesmos pensamentos.
- e) Sofria com a ambivalência expressa em *faço; não faço, vou; não vou, gosto; não gosto*.
- f) Tinha consciência de aspectos sádico-masochistas nas suas atitudes com as pessoas.
- g) Numa consulta e sendo-lhe dito: *Mas nós somos amigos ou não?* respondeu: *A amizade pode ser verdadeira ou falsa... até pode não existir... quer dizer... quando se ama, pode também não se amar...* O médico interrompe: *Mas com tal pendor filosófico ficamos sem saber se somos amigos ou não!...* E respondeu: *Pois é... mas a amizade também implica uma filosofia não é verdade? Isto é, a verdade também pode ser mentira... etc., etc., etc.*

- h) Exprimia que os seus pensamentos eram ilógicos, não tinham razão de ser. Mas havia algo, *nele próprio*, que o compelia.
- i) Os sintomas eram *sens*, não havia distância. O que havia era que racionalizá-los, com a motivação, inconsciente, de defender os afectos que estavam na etiopatogenia dos próprios sintomas.

Nas evoluções crónicas, a gravidade do quadro patológico de certas neuroses obsessivas tem levado a sugerir a designação de *doença obsessiva* (que corresponderia a um quadro de natureza e estrutura mais grave que a neurose).

Quando há a coexistência de elementos fóbicos, compulsivos ou obsessivos são empregues designações clínicas diversas como, por exemplo, neurose obsessivo-compulsiva; neurose fóbico-obsessiva, neurose fóbico-compulsiva e outras. Estas designações só podem ter relevância clínica.

TIPOS ESPECIAIS DE NEUROSE OU SÍNDROMES NEURÓTICAS

Neurose de carácter

Descrita sucintamente na página 4.

Neurose traumática

- a) O factor traumatizante vai actuar como precipitante numa predisposição neurótica latente.
- b) «O traumatismo assume uma parte determinante no próprio conteúdo do sintoma (predominância do acontecimento traumatizante, pesadelo repetido, perturbação do sono, etc.) que surge como tentativa repetida para *ligar* e actuar o trauma; uma tal fixação no trauma acompanha-se de uma inibição mais ou menos generalizada da actividade do sujeito».

Neuroses do narcisismo e *perturbações do narcisismo*, especialmente investigadas por H. Kohut¹⁸ e O. Kernberg.¹⁹ Nestes estados podem-se ilustrar os conceitos de fragilidade narcísica, ferida narcísica (*narcissistic wound*) e raiva narcísica (*narcissistic rage*).²⁰

O estudo das perturbações do narcisismo também permite abordar estados indefinidos entre a estrutura neurótica e a estrutura psicótica e designados por estados-limites ou de fronteira (*borderline states*).

É discutível a existência de uma neurose hipocondríaca. Porém a hipocondria é uma síndrome complexa e variegada que pode estar ligada a estruturas de neurose ansiosa, fóbica ou de neurose de carácter ou mesmo a estruturas psicóticas.

A *despersonalização* e a *desrealização* podem ocorrer em situações de carência (doenças intercorrentes, infecciosas ou outras) e em certas psicoses. Podem ser um sintoma em certas neuroses de ansiedade. A Pessoa não se reconhece a si própria; não reconhece a imagem que o espelho lhe reflecte; ou tem uma vivência angustiante entre si própria e a *realidade* em que se move.

A experiência do *déjà vu* pode ocorrer na despersonalização e na desrealização, mas também em situações como neurose histerica, epilepsia temporal e outras.

É também controversa a existência de uma *neurose depressiva*. A *depressão* tal como a *ansiedade* são componentes habituais da maioria dos distúrbios psíquicos e, também, fazem parte do existir normal e natural do Homem.^{22, 23}

A distinção entre a depressão-sintoma, a depressão-síndrome e a depressão psicótica será desenvolvida em trabalho a publicar oportunamente.

*Reacção neurótica na adolescência*²¹

Não corresponde, necessariamente, a uma estrutura neurótica de evolução longa e profunda e trata-se, antes, de um modo de reacção do *Self* a contingências do existir, (diversas conforme a matriz familiar e a matriz socio-cultural) e à adaptação na transição etária. Esta verifica-se:

a) *Na fronteira da puberdade com a adolescência.*

O desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, a instalação da menarca, podem coincidir (ainda que não necessariamente) com alterações na qualidade de vida e no tipo de relação sujeito-objecto.

b) *Durante a adolescência.*

Conflito na matriz familiar. Insegurança com os valores socio-culturais. Evolução insatisfatória da vivência da sexualidade e do comportamento sexual.

c) *Na transição da adolescência para o estado adulto.*

Reacção de ansiedade, depressão ou outras ante novos cometimentos e responsabilidades.

Reacção neurótica tardia ou da terceira idade (late neurosis).

Ainda que diagnosticável em situações diversas, é mais específica e individualizável em situações de viuvez ou separação (*bereavement syndrome* dos autores britânicos).

Esta reacção neurótica é claramente psicogénia ou sociogénia embora se admita que existam predisposições no indivíduo para desencadear um tipo de reacção neurótica ou um outro.^{22, 23, 25}

O policlínico encontrará nestas situações alguns quadros clínicos e sintomatologia como, por exemplo:

- 1) Ansiedade fóbica em relação à doença (medo de morrer, de doença cardíaca, de neoplasia e outras).
- 2) Necessidade de recorrer repetidamente ao médico (não há família nem amigos a quem recorrer).
- 3) Sintomatologia de autorelação, ou seja, queixas do vizinho que *anda a implicar*; a empregada do supermercado que não é amável; a sociedade que é hostil.
- 4) Sintomatologia de erotização de fantasias ou factos diversos. São os temores de *gatunos* que vêm assaltar para roubar (e não só... na fantasia); são as preocupações com a empregada doméstica que *mete homens lá em casa*. São os temores com prejuízos em dinheiro, com roubos dos familiares, etc.
Estas fantasias e vivências podem originar quadros clínicos específicos mas que não correspondem necessariamente a uma neurose.

As neuroses tardias beneficiam de uma terapêutica sedativa (do tipo das benzodiazepinas); de contactos corporais elementares (medir a tensão arterial, auscultar, palpa-

palpação do abdómen, exame da circulação venosa dos membros inferiores, exame do fundo do olho, etc.); e beneficiam sobretudo da capacidade do médico para empatizar com o paciente velho (e por vezes solitário), sabendo ouvir, com tolerância e com firmeza, conforme o caso clínico e a personalidade de cada um.

Quadro 1

Resumo sinóptico de «Diagnóstico das neuroses e estados afins na praxis policlínica»

DEFINIÇÃO E ETIOPATOGENIA	DEFINIÇÃO	Perturbação psíquica ou doença mental que afecta o funcionamento espontâneo da Personalidade e a relação do Self com o mundo exterior. Sem causalidade orgânica específica. Os factores psicogénios e sociogénios são significativos na génese e evolução da neurose. Consciência do estado patológico.
	ETIOPATOGENIA	Reflexos condicionados. A.N.S. Behaviour theory. Learning theory. <i>Learned maladaptive response.</i> Teoria psicanalítica: Expressão simbólica de conflito entre impulsos inconscientes, o Ego e a realidade externa. Génese social. Relação com as matrizes familiar e comunitária.

Quadro 2

Resumo sinóptico de «Diagnóstico das neuroses e estados afins na praxis policlínica»

DELIMITAÇÃO	PERTURBAÇÕES DO CARÁCTER NEUROSE DE CARÁCTER PSICOPATIA	PSICOSES	<p>Corte com a realidade. Sem consciência do patológico. Menor capacidade de discernimento (<i>insight</i>). Menor capacidade de argumentação lógica. Actividade delirante. Actividade alucinatória. Turvação da consciência.</p>
			<p>Tendência a passar-ao-acto (<i>acting out</i>). Culpabilidade frouxa. Instabilidade profissional (mudança de empregos). Na neurose do carácter o conflito defensivo não se traduz pela formação de sintomas nitidamente isoláveis, mas por traços de carácter e modos de comportamento e mesmo uma organização patológica do conjunto da personalidade. Tendência mitómana. Mentira habitual. Comportamento antisocial.</p>
		DOENÇAS PSICOSO- MATICAS	<p>Há um órgão, função ou sistema especialmente afectado. Esta afecção é predominante. <i>Distância</i> entre o <i>Self</i> e a lesão ou disfunção.</p>
	OUTRAS INSTÂNCIAS		<p>1 — Normalidade (equilíbrio instável). 2 — Traços neuróticos. 3 — Comportamentos defensivos e adaptativos naturais. 4 — Reacção neurótica: Carácter agudo, evolução breve, consciência do patológico, <i>insight</i>, menor <i>distância</i> ente o <i>Self</i> e os sintomas. 5 — Componente neurótica (surgindo em outra enfermidade). 6 — Concomitante neurótica (coexistindo com outra enfermidade).</p>

Quadro 3

Resumo sinóptico de «Diagnóstico das neuroses e estados afins na praxis policlínica»

CLASSIFICAÇÃO	NEUROSE DE ANSIEDADE	<p>Experiência subjectiva e emocional de desconforto, mal-estar, medo, terror ou pânico.</p> <p>Ansiedade, <i>ligada</i> ou <i>desligada</i>. A emoção e ansiedade são antecipantes e dirigem-se ao futuro.</p> <p>Inadequação e desproporção entre a causa, ou a situação, e a ansiedade provocada. Compromisso fisiológico e somático. Alteração do ritmo sono-vigília.</p>
	NEUROSE FÓBICA	<p>Investimento de um objecto ou situação com qualidade fóbica (medo de) enquanto o significado inconsciente não é acessível ao sujeito. Fobias mais comuns: agorafobia (temor de espaços livres); claustrofobia (temor de espaços fechados); cancerofobia. Medos e receios fóbicos mais comuns: animais, infecções, doença cardíaca, morte do próprio ou de outrém, etc..</p>
	NEUROSE HISTÉRICA DE CONVERSÃO	<p>Sintomas de conversão. Paralisias, parestesias, hipoestésias, hiperestésias, anestésias. Alterações de função (respiratória, cardiovascular, visual, auditiva, digestiva, motora, etc.). Contraste entre o teor afectivo e emocional e o quadro clínico (<i>belle indifferente</i>). Dramatização, pitiatismo.</p>
		<p>Esta classificação procura contemplar propósitos de praxis clínica. A classificação psicanalítica engloba na neurose histérica dois tipos: a neurose de ansiedade (que inclui as fobias) e a neurose histérica de conversão.</p>
	NEUROSE OBSESSIVA	<p>Obsessão e compulsão. Pensamento mágico-animista. Rituais. Ruminação mental. Ambivalência. A teoria psicanalítica relaciona a neurose obsessiva com carácter anal. Tendência à racionalização, à intelectualização e à repressão dos afectos. Vivência de absurdo. Distância afectiva do <i>Self</i> em relação aos sintomas. Nas evoluções crónicas, a gravidade do quadro patológico sugere a designação de doença obsessiva.</p>

Quadro 4

Resumo sinóptico de «Diagnóstico das neuroses e estados afins na praxis policlínica»

CLASSIFICAÇÃO	TIPOS ESPECIAIS DE NEUROSE OU SINDROMES NEURÓTICOS	<p>1 — <i>Neurose de carácter.</i></p> <p>2 — <i>Neurose traumática.</i></p> <p>a — O factor traumatizante vai actuar como precipitante numa predisposição neurótica latente.</p> <p>b — O traumatismo assume uma parte determinante no próprio conteúdo do sintoma (predominância do acontecimento traumatizante, pesadelo repetido, perturbação do sono, etc.) que surge como tentativa repetida para <i>ligar</i> e abreviar o trauma; uma tal fixação no trauma acompanha-se de uma inibição mais ou menos generalizada da actividade do sujeito¹.</p> <p>3 — <i>Narcisismo</i> e neuroses do narcisismo²⁰.</p> <p>Fragilidade narcísica.</p> <p>Estados limites ou <i>borderline</i>²¹.</p> <p>4 — <i>Hipocondria.</i></p> <p>5 — <i>Despersonalização e desrealização.</i></p> <p>6 — <i>A depressão.</i></p> <p>7 — <i>Reacção neurótica na adolescência.</i></p> <p>8 — <i>Reacção neurótica tardia</i> ou da terceira idade (<i>late neurosis</i>).</p>
---------------	--	---

SUMMARY

THE DIAGNOSIS OF NEUROSIS AND NEUROTIC DISTURBANCES IN CLINICAL PRAXIS

This paper attempts to sensibilize, stimulate and commit medical practioners in their capacity to diagnose and differentiate clinical situations in which neurotic disturbances may be meaningful. In this sense pragmatcal and clinical dimensions are emphasized avoiding theoretical abstractions and too specialized approaches.

BIBLIOGRAFIA

1. CORTESÃO EL: Compreensão psicológica e psicoterapia. *Saúde Mental* n.º 20, Abril-Junho, 1974.
2. KOHUT H: The analysis of the Self. Londres, Hogarth Press, 1971.
3. RYCROFT C: A critical dictionary of psychoanalysis. Londres, Penguin Reference Books, 1972.
4. LAPLANCHE J, PONTALIS JB: Vocabulário da Psicanálise, Lisboa, 1973.
5. EYSENCK HJ: The learning theory model of neurosis: new approach. *Behav. Res. Ther.* 1976; 14: 251-257.
6. VAZ-SERRA AS: Terapia do comportamento. Sua metodologia e campos de aplicação. *O Médico*, 1979; 91: 479-486.
7. FENICHEL O: La théorie psychanalytique des névroses. Paris. PUF, reed. 1974.
8. FREUD S: An outline of psychoanalysis. St. Ed. Vol. 23, Londres Hogarth Press, 1940.
9. HAYNAL A: Névroses. In *Encycl. Med. Chir.* 37300 a 10. Paris, 1975.
10. HAYNAL A: Interprétation psychanalytique des névroses. In *Encycl. Med-Chir.* 37300 F 10. Paris, 1979.
11. ALARCON JG: Social factors in mental illness. In *Recent Advances in Clinical Psychiatry*. Vol. 2. Ed. K. Granville-Grossman. Londres. Churchill-Livingstone. pp. 114-146. 1976.
12. CORTESÃO EL: Psicogenia dos estados depressivos. *O Médico* 1973; 67: 721-727.
13. HOLLINGSHEAD AB, REDLICH FC: Social class and mental illness: a community study. N. York, Wiley, 1958.

14. LEIGHTON: Citado em A. Haynal, p. 14, 1975.
15. CORTESÃO EL: A Pessoa, a Doença e a inter-relação com a matriz familiar. Lição no Inst. Cienc. Biomédicas Abel Salazar. Porto, Abril 1979 (a publicar).
16. BARAHONA-FERNANDES HJ: Psiquiatria social. Modelo antropológico médico da doença-saúde mental. *Acta Méd. Port.* 1979; 2: 251-256.
17. TYRER P: Anxiety states. In *Recent Advances in Clinical Psychiatry*. Vol. 3. Ed. K. Granville-Grossman. Londres. Churchill-Livingstone, 1979; pp. 161-183.
18. KOHUT H: The restoration of the Self. N. York. IUP, 1977.
19. KERNBERG O: Object relations theory and clinical psychoanalysis. N. York, 1976.
20. KOHUT H: Thoughts on narcissism and narcissistic rage. *The Psychoan. St. of the Child.* 1972; 27: 360-400.
21. KERNBERG O: Borderline conditions and pathological narcissism. N. York, J. Aronson, 1975.
22. CORTESÃO EL: Depressões. O enfoque psicodinâmico. *J. do Médico* LVI: 1965; 356-362.
23. PAYKEL ES, ROWEN PR: Affective disorders. In *Recent Advances in Clinical Psychiatry*. Vol. 3. Ed. K. Granville-Grossman. Londres. Churchill-Livingstone, p.p. 37-40. 1979.
24. FIGUEIREDO E: A problemática da adolescência no «Amor de Perdição». *J. Educação*. Nov. 1979.
25. BALIER C: Troubles névrotiques de la sénescence. In *Encycl. Med-Chir.* 37530 A 30. Paris 1976.

Pedido de separatas: *E. L. Cortesão*
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Faculdade de Ciências Médicas
Calçada da Tapada, 155
1300 Lisboa — Portugal