

Afetividade

Como citar:

Alencar, DZF; Martins, MJF; Soares, BL; Abreu, ES. Afetividade. In: FREITAS, TH; SOBREIRA NETO, MACEDO FILHO, LJM; *Semiologia Psiquiátrica*. 1a ed. Fortaleza: Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 2020, p. 81-105.

“Ia, afinal, possuir as alegrias do amor, a febre da felicidade, de que já desesperara. Entrava em algo maravilhoso onde tudo era paixão, êxtase, ...” — FLAUBERT, Gustave. *Madame Bovary*.

“A emoção é o coração do significado.” BION

Introdução

A afetividade é fundamental para o trabalho em saúde mental. Ocupa, de braços dados com o pensamento, posição destacada entre as funções mentais. Não é uma função cognitiva, como são memória, atenção e linguagem, por exemplo. É considerada uma ação conativa. Conação é um estado de preparação para certas situações, principalmente aquelas ligadas à sobrevivência (medo, tensão, ansiedade). As funções mentais se entrelaçam, e dessa forma as funções cognitivas não podem ser estudadas como se fôssemos computadores, que não têm predadores, não socializam, não se apaixonam, não se acasalam nem protegem a cria; ou seja: computadores não possuem funções conativas¹. Para os humanos, como disse o psicanalista Bion, “a emoção é o coração do significado”². A emoção imprime sentido às experiências. As informações deixam de ser dados isolados para obter sentido. Os afetos vão formando vínculos entre os elementos mentais. Daí também a noção de objeto, que vem da psicanálise: o objeto (que pode ser uma pessoa, uma ideia/ideologia, uma situação, uma representação interna, etc) é o alvo para onde se dirigem os elementos da afetividade: humor, emoção, paixão, sentimento ou afeto (daí as expressões “objeto do desejo”, “objeto do meu amor”). Os elementos da afetividade vão formando uma rede de ligação entre o indivíduo e seus incontáveis objetos, moldando a função pensamento.

Dito de outra forma, a afetividade é o que dá o colorido ou o sabor – prazeroso ou desagradável – às experiências da vida. A afetividade tem íntima relação com a homeostase, as funções orgânicas, os hormônios e os estados neurovegetativos³.

Esperamos que ao ler esse capítulo o aluno perceba que a afetividade não é valiosa apenas para o exame mental do psiquiatra, mas em qualquer especialidade. Sabendo lidar com a afetividade dos nossos pacientes poderemos nos aproximar mais deles, que confiarão mais em nós e em nossas condutas. Além disso, percebendo alterações patológicas, encaminhá-lo para uma avaliação e seguimento psicológico mais específico².

Elementos básicos da função afetividade

As vivências afetivas apresentam-se por meio de diferentes tipos, os quais, apesar de não obterem completo consenso entre autores, são identificados e classificados com base em critérios, como a duração, a intensidade, o *insight*, a intencionalidade, as motivações e a somatização⁴.

Humor, afeto e modulação

O **humor** refere-se ao tônus afetivo basal experimentado pelo indivíduo, de modo difuso, pois não se liga a um objeto específico, ao contrário do afeto, como veremos a seguir. O humor reúne a condição psíquica e somática, e modifica a experiência psíquica vivenciada naquele período, interferindo nas cores das experiências reais vividas e sentidas pelo ser humano, inclusive nos outros elementos da afetividade (afetos, sentimentos, etc)⁵. O humor tende a ser estável e ter uma certa duração no tempo. Intuitivamente, todos sabemos o que é humor. Por exemplo, por vezes acordamos pela manhã de “ótimo humor”. Esse humor poderá oscilar ao longo dia, respondendo a pequenos aborrecimentos, mas tenderá a se manter. Ao contrário, uma mulher no período pré-menstrual poderá experimentar mau humor constante por vários dias, mesmo vivenciando acontecimentos neutros ou positivos.

O **afeto** é a qualidade emocional direcionada a um objeto específico, que pode ser uma situação, uma idéia, etc. Por exemplo, espera-se que alguém que comparece a um velório, mesmo não sendo diretamente ligado ao morto, expresse um afeto pesaroso, sério, compungido. Se alguém está num velório rindo, contando piadas e falando alto, criará constrangimento pela **inadequação do afeto**. Da mesma forma, se uma criança cai, espera-se que a mãe se apresente ansiosa, preocupada, e não que comece a gargalhar. Em ambas as situações estamos diante de **afeto inadequado ou paratimia**, que pode estar ligada a condições mais graves como esquizofrenia e mania, mas também a intensa ansiedade.

Como citar:

Alencar, DZF; Martins, MJF; Soares, BL; Abreu, ES. Afetividade. In: FREITAS, TH; SOBREIRA NETO, MACEDO FILHO, LJM; Semiologia Psiquiátrica. 1a ed. Fortaleza: Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 2020, p. 81-105.

Humor e afeto se relacionam. É comum que os psiquiatras pensem no afeto como “a fotografia” e no humor como “a paisagem”. Ou no afeto como o “tempo” e o humor como “o clima”. Essas metáforas trazem a idéia de que o humor é mais amplo e é formado pelos incontáveis afetos ao longo do tempo.

Essa relação nos leva a um conceito controverso na psicopatologia: quem modula: o humor ou o afeto? Diversos autores falam em modulação do afeto^{5,6}. No entanto, diante das definições de ambos, concordamos com outros autores que consideram que é o humor que modula^{6,7}. O afeto não modula; ele é substituído por outro afeto, e por outro, e por outro, que acabam modulando o humor, que é o conjunto dos afetos. O afeto está “amarrado” a uma idéia e, portanto, só é possível dizer se ele é adequado ou não para esta idéia. Alguns dizem que o humor seria subjetivo e referido pelo paciente (não observável) e o afeto seria objetivo e observável. Isso possibilitaria falar de modulação do afeto, mas esse conceito não é sustentado por nenhum dos autores clássicos em psicopatologia^{5,6,7,8,9}.

Resumindo, embora as autoras deste capítulo prefiram falar em modulação do **humor**, esse não é o conceito predominante e, portanto, deixamos em aberto esse contraponto para reflexão de cada leitor.

E o que é a **modulação**? É a capacidade de oscilar o humor, por estímulos externos ou internos. Embora não haja limites precisos, sabemos que o humor modula dentro de uma faixa considerada normal. Durante uma conversa, sorrimos, ficamos mais sérios, nos emocionamos empaticamente com nosso interlocutor dentro de uma certa amplitude normal. Mas um paciente deprimido geralmente terá pouca responsividade emocional, não modificando significativamente seu humor ao longo do tempo. Da mesma forma, um paciente em mania franca não terá condições de modular o humor adequadamente.

A mãe de uma paciente com transtorno bipolar morreu quando a filha estava em mania franca. A paciente festejava cada um que entrava no velório como se fosse uma festa de aniversário, dizia que a mãe estava mais bonita que ela naquele caixão, tirava fotos sorrindo com todos e quis antecipar o horário do enterro para ir a um show à noite.

Neste exemplo, a paciente está hipomodulada. Por outro lado, um paciente ciclotímico sofrerá grandes variações em seu humor, entre a alegria extrema/mania e a depressão, às vezes em questão de horas ou minutos caracterizando hipermodulação.

É importante compreender que “hiper” e “hipo” modulação se referem à amplitude, e não a “mania” e “depressão”, respectivamente. Pode-se estar hipomodulado com o humor “lá em cima” (mania) ou “lá embaixo” (depressão), como na Figura 2.

A **emoção e a paixão** são intensas, mas a paixão apresenta maior duração. Segundo Ribot a paixão seria a emoção em permanência¹⁰, caracterizando-se por concentrar a atenção e o interesse em uma única direção. Assim, o indivíduo tende a reprimir a razão e a lógica imparcial. O conceito de emoção

Como citar:

Alencar, DZF; Martins, MJF; Soares, BL; Abreu, ES. Afetividade. In: FREITAS, TH; SOBREIRA NETO, MACEDO FILHO, LJM; Semiologia Psiquiátrica. 1a ed. Fortaleza: Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 2020, p. 81-105.

pressupõe um estado reacional a um estímulo agudo, alterações orgânicas bastante sintomáticas e a influência em outras funções mentais

Um jovem sofreu um “boa noite cinderela”. Quando acordou, estava no meio do mato, apenas de cuecas, sob a luz da lua. A cada pio de coruja, a cada farfalhar das folhas com o vento seu coração batia acelerado, sua respiração ficava ofegante, suas mãos tremiam e quando viu uma sombra humana se aproximar com algo comprido na mão, achou que era um bandido com uma espingarda, e gritou, mas era um simples pescador, que o viu de longe e veio ajudá-lo.

Vê-se como a emoção envolvida neste caso, o **medo**, tem manifestações somáticas e influencia as outras funções mentais como a atenção e a percepção.

Historicamente, a emoção foi considerada por filósofos e pensadores com inferior à razão. Mas hoje se sabe por estudos de neurociência que a emoção está profundamente envolvida no processo de aprendizagem, principalmente nos processos da memória. Dessa forma, não é correto separar razão e emoção. Elas estão unidas num só processo^{3,11}.

A paixão também é intensa, interfere em outras funções mentais, mas é mais duradoura no tempo:

Um médico psiquiatra de 43 anos é torcedor fanático de um time local desde criança. Em todos os jogos ele vai ao mesmo bar, e se senta na mesma mesa. Se ao chegar, a mesa estiver ocupada, ele fica angustiado. Diz que não se sentar na sua mesa da sorte, o time perderá a partida. Pior: nos jogos ele tem que usar sempre a mesma cueca que já tem 15 anos, porque nessa época seu time foi campeão do estadual, e ele estava no estádio com ela.

Todos os dias o estudante de medicina João passava pelo campus para chegar ao ambulatório. Apressado, pisava nas flores que caíam das árvores. Mas agora João está apaixonado pela Maria. Vinha prestando atenção em cada pássaro, em cada borboleta, e quando uma flor caiu aos seus pés ele parou, colheu a flor e sorriu dizendo “Isso é um sinal: ela me ama!”

Vê-se nesses exemplos como a paixão altera o raciocínio lógico e a atenção.

Os **sentimentos** caracterizam-se por sua estabilidade, contêm maior participação cognitiva e maior elaboração racional. Portanto, a cultura, os valores morais e os princípios influenciam nos sentimentos do indivíduo. Além disso, os mesmos não são reativos a um estímulo passageiro, são menos intensos e mais duradouros, ao comparado com as emoções:

Um homem e uma mulher estão juntos e felizes há quase 30 anos, numa relação de muito companheirismo e afinidades. Mas um dia... o marido abriu a fatura do cartão de crédito e descobriu que a mulher tinha gasto cinco mil reais numa bolsa. Ele sente muita raiva, fala alto, interrogando-a sobre o

Como citar:

Alencar, DZF; Martins, MJF; Soares, BL; Abreu, ES. Afetividade. In: FREITAS, TH; SOBREIRA NETO, MACEDO FILHO, LJM; Semiologia Psiquiátrica. 1a ed. Fortaleza: Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 2020, p. 81-105.

porquê daquele gasto, justo no mês de pagar o imposto de renda. Depois de se acalmar e pedir desculpas pela explosão, ele a chama para conversarem e traçarem juntos uma estratégia de reequilibrar o orçamento.

No exemplo acima, o sentimento de **amor conjugal** é longo, duradouro, complexo, e não é destruído pela emoção de **raiva** pela atitude impensada da esposa.

Catatimia

A catatimia é a capacidade que a afetividade tem de influenciar todas as demais funções psíquicas. Nas situações descritas anteriormente, vimos como o medo alterou a percepção e a atenção de um rapaz perdido no meio do mato, como a paixão por um time prejudicou o raciocínio lógico de um médico psiquiatra e como a paixão romântica modificou a atenção e o pensamento de um estudante, encontrando sentido em fenômenos aleatórios como a queda de uma flor. A catatimia pode ser fundamental na decisão diagnóstica. Por exemplo, quando nos deparamos com um paciente com alterações de humor e delirante. Espera-se que os delírios de um paciente com transtorno de humor sejam congruentes com este humor. Ou seja, no paciente em mania, os delírios serão de grandeza e nos pacientes deprimidos os delírios serão de ruína corporal ou material ou culpa. São os chamados delírios catatímicos ou congruentes com o humor. No entanto, se este paciente diz que um alienígena colocou um chip em seu cérebro, que alguém está roubando seus pensamentos ou outro delírio bizarro, sem ruína ou grandeza evidente, é preciso estar alerta. Esses delírios são incongruentes com o humor e são mais comuns como alterações primárias do pensamento em doenças como a esquizofrenia. Portanto, essa situação impõe uma revisão do diagnóstico: será realmente um transtorno de humor, ou será na verdade esquizofrenia?

Sintonização e Irradiação

Nas relações interpessoais normalmente influenciamos e somos influenciados pelo estado emocional do outro. Essa capacidade humana é fundamental para o desenvolvimento da psique, pois desde cedo é a mãe que dá sentido ao que o bebê está sentindo. Ela sintoniza com seu estado emocional, e o devolve, mais elaborado. Ela irradia seu amor, seu contentamento com ele, ou seu desagrado, e isso é captado pelo bebê. Esse fenômeno se repete em todas as relações humanas. Quando expressamos nosso estado emocional, de maneira verbal ou não verbal, para o outro, estamos irradiando. Quando modulamos nosso estado emocional, influenciados pelo outro, estamos sintonizando. Esses fenômenos são fundamentais para a empatia. E a empatia faz parte do nosso trabalho atendendo pacientes. A falta de sintonização e irradiação geralmente indicam patologias graves, como em pacientes com esquizofrenia com embotamento afetivo (ver adiante) ou em pessoas com transtorno de personalidade antissocial.

Como citar:

Alencar, DZF; Martins, MJF; Soares, BL; Abreu, ES. Afetividade. In: FREITAS, TH; SOBREIRA NETO, MACEDO FILHO, LJM; Semiologia Psiquiátrica. 1a ed. Fortaleza: Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 2020, p. 81-105.

Entre o normal e o patológico:

Ansiedade, Angústia, Medo, Fobia e Pânico

Todas essas alterações estão de alguma ligadas à experiência – e ao sistema – de punição, primordiais na vivência humana. Primordiais porque primitivas e também essenciais para a sobrevivência da espécie, exposta a todo tipo de perigo desde a vida pré-histórica. É um sistema de resposta rápida, ligado ao sistema límbico, particularmente à amígdala. Em alemão, a mesma palavra – *angst* – designa angústia e ansiedade, e dessa forma muitos não fazem distinção entre ambas. Porém, com o aporte das escolas francesa e inglesa de filosofia e psicanálise, algumas distinções foram construídas.

A raiz da palavra *angst* em alemão significa apertar, e correspondendo a isso, a **angústia** tem sintomas físicos como aperto ou dor no peito, opressão ou dor na garganta. O paciente demonstra isso fechando e apertando a mão em frente ao tórax. Todos nós podemos ter angústia, mas ela é mais intensa e mais frequente nos pacientes deprimidos e ansiosos. Ela se acompanha de paralisação ou lentificação interna. Do ponto de vista existencial, as escolas filosóficas dizem que a angústia se dá por trauma ou ameaça do passado, ou que é algo inerente ao humano, simplesmente por existir. A psicanálise sustenta que a ameaça de castração, de aniquilamento (pulsão de morte) ou de perda do amor/abandono (separação) são causas de angústia⁵. A angústia é exclusividade humana, pois enquanto o medo, comum a todos os animais, se deve a uma ameaça do mundo externo, a angústia seria resposta a uma ameaça no mundo interno¹². Dessa forma, o homem deveria tentar suportar sua angústia.

A **ansiedade** é um estado de humor mais prolongado, de fundo, desagradável, dirigido ao futuro, como a expectativa de algo que virá. Ela não é patológica, até certo ponto, pois permite a defesa, preparação e adaptação a um desafio. Porém, passado esse ponto, passa a ser patológica e fazer parte de transtornos mentais. Tem manifestações mentais (inquietação interna, medo impreciso, insegurança, preocupação exagerada, entre outros) e somáticas (taquicardia, palpitações, sudorese, tensão muscular, cefaleia, etc). A ansiedade, embora dirigida ao futuro, não tem objeto preciso. Por exemplo, mesmo alunos excelentes podem referir intensa ansiedade antes de uma prova. Será a prova a verdadeira causa da ansiedade? Ou algum conflito ou dificuldade interna? Uma criança a quem se prometeu ir a um parque no fim de semana poderá passar vários dias ansiosa, embora o passeio seja prazeroso. Além da falta evidente de objeto, há uma aceleração do tempo interno (ao contrário da angústia). A psicologia clínica descreve dois tipos de ansiedade: de desempenho (quando se teme a avaliação da performance, comum na fobia social) e antecipatória (quando se antevê algum perigo ou situação desagradável, como no deprimido que se isola, incomodado com os esforços de sua família em “animá-lo”).

Como citar:

Alencar, DZF; Martins, MJF; Soares, BL; Abreu, ES. Afetividade. In: FREITAS, TH; SOBREIRA NETO, MACEDO FILHO, LJM; Semiologia Psiquiátrica. 1a ed. Fortaleza: Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 2020, p. 81-105.

O **medo** não é patológico. É uma emoção importante na sobrevivência e evolução humanas. O medo tem um caráter **reacional**, claramente ligado a um objeto, e geralmente é súbito, com o elemento surpresa. O medo provoca uma reação de luta ou fuga (palpitação, sudorese, tremor, dilatação pupilar, etc, ou seja, uma série de alterações que capacitam o indivíduo a reagir lutando ou fugindo) ou de congelamento, ambas associadas à amígdala. Medo de barata, medo de assalto, medo de um leão faminto solto... são todos normais. A **fobia** é um medo desproporcional, exagerado e incompatível com a real possibilidade de perigo, portanto desadaptativa e patológica. Também existe um objeto nítido que causa a fobia. Por exemplo, trata-se provavelmente de fobia quando alguém se recusa a usar o elevador, com medo de ficar trancado (claustrofobia), subindo 25 andares de escada, ou não pode ver um palhaço sequer na televisão (fobia de palhaços = coulrofobia), ou quando o indivíduo não vai a restaurantes, nem aceita ser testemunha em cartório pois não pode simplesmente comer ou assinar documentos em público (fobia social). O músico Dominginhos teve perdas financeiras porque recusava shows aos quais tinha que ir de avião (aerofobia), chegando a fugir do avião após embarcado¹³. Na fobia, todas as respostas de luta ou fuga estão presentes e muito intensas.

O **ataque de pânico** é definido como um episódio agudo, paroxístico (súbito e intenso), em que vários sintomas autonômicos estão presentes, como vertigem, palpitações, suor, taquicardia, dispneia, parestesias, somados a intensa ansiedade e ao medo “de ficar louco”, “de morrer”, “de ter um infarto”, de “perder o controle”, ou ainda a experiências de desrealização ou despersonalização. Embora em muito assemelhado ao medo e à fobia (caráter agudo, intenso, adrenérgico), caracteristicamente não há objeto causal. Muitas vezes o paciente estava dormindo, acordando em pânico. O ataque de pânico é patológico. Qualquer um de nós pode apresentar um ataque de pânico isolado, mas geralmente ele está presente no contexto de transtornos mentais, particularmente no transtorno de pânico. O transtorno de pânico é definido como uma entidade que apresenta vários ataques de pânico recorrentes¹⁴. Os ataques de pânico são tão intensos e ameaçadores que o paciente passa a apresentar comportamentos desadaptativos, de esquiva, podendo prejudicar sua vida relacional e produtiva.

Alterações da Afetividade

Distímia, hipertímia, hipotímia, humor deprimido

Em geral, o humor pode encontrar-se alterado decorrente de sua inibição ou exaltação. Esse transtorno refere-se à **distímia**, que se diferencia em hipertímia e hipotímia. Para alguns autores, a hipertímia está associada ao humor eufórico enquanto a hipotímia ao humor deprimido, porém, admitem-se outras concepções vinculando esses termos à intensidade da expressão afetiva¹⁵. Logo, hipertímia

Como citar:

Alencar, DZF; Martins, MJF; Soares, BL; Abreu, ES. Afetividade. In: FREITAS, TH; SOBREIRA NETO, MACEDO FILHO, LJM; Semiologia Psiquiátrica. 1a ed. Fortaleza: Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 2020, p. 81-105.

estaria associada a estados afetivos intensos e mais duradouros. Pode ser duradouro a ponto de confundir-se com um traço da personalidade. Por vezes, o que é da personalidade e o que é da afetividade nem sempre é claro e sua separação sofreu modificações ao longo da história psiquiátrica¹⁶. A literatura registra a “personalidade hipertímica”, que corresponde a pessoas que certamente todos conhecemos, otimistas incorrigíveis, “polianas” que jogam o “jogo do contente” em qualquer situação aparentemente negativa. Em nosso serviço aconselhamos os estudantes a evitarem o termo distímia, que além de não ser esclarecedor em si mesmo (apenas indica *uma* modificação, mas não *qual*), ainda pode ser confundido com o transtorno distímico, diagnóstico psiquiátrico. Na prática, temos usado hipertímia para aquele paciente alegre, extrovertido e com nível elevado de atividade, mas sem os prejuízos da hipomania, pelo menos naquele momento. Essas características num paciente anteriormente deprimido podem levantar a possibilidade de uma transição para hipomania e mania, impondo maior observação e retorno ao serviço para reavaliação em curto espaço de tempo. Da mesma forma, temos chamado de hipotímicos pacientes que se apresentam com humor mais sério, hiporesponsivos, às vezes retraídos, mas sem elementos suficientes para chamá-los deprimidos ou mesmo apáticos. O humor deprimido é aquele da tristeza intensa e duradoura. Intuitivamente conhecemos o humor deprimido, pois mesmo quem nunca teve depressão clínica, já sentiu tristeza, o que nos libera de maiores descrições.

Depressão (ou síndrome depressiva) e mania são diagnósticos sindrômicos. A síndrome depressiva inclui humor deprimido, sentimento de insuficiência, anedonia, eventualmente sentimento de falta de sentimento, irritabilidade, apatia e alterações de outras funções mentais. A mania inclui elação, humor eufórico/disfórico e alterações de outras funções mentais.

Euforia

É o humor exageradamente alegre, de maneira prolongada e desproporcional àquilo que o motivou.

Um aluno do ensino médio passou em medicina, seu grande sonho! No primeiro dia gritou, saiu pela rua beijando os vizinhos, que se alegraram com ele. Tirou as roupas, ficando só de cuecas, pintou o corpo inteiro com as palavras “medicina” e o nome da faculdade em que havia sido aprovado, saiu buzinando o carro pelo bairro, não dormiu, soltou fogos de artifício... O problema é que cinco dias depois ele continuava fazendo as mesmas coisas. Os vizinhos já não aguentavam mais e os pais ficaram preocupados. Levaram-no ao médico de família, que deu o diagnóstico de euforia dentro de um estado de mania.

Como citar:

Alencar, DZF; Martins, MJF; Soares, BL; Abreu, ES. Afetividade. In: FREITAS, TH; SOBREIRA NETO, MACEDO FILHO, LJM; Semiologia Psiquiátrica. 1a ed. Fortaleza: Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 2020, p. 81-105.

Como disse o poeta, “tristeza não tem fim. Felicidade sim”. Parece que isso está bastante próximo da normalidade psíquica.

Estado de êxtase e elação

É curioso que nesses dois estados exista a perda dos limites do eu, porém com desdobramentos bastante distintos. O êxtase é definido por plenitude ou beatitude na qual o eu se dissolve e se abre para o mundo exterior, para o universo ou para a divindade. É quase restrito a contexto místico e religioso, mas pode também estar presente na esquizofrenia, mania e estados histéricos. Na verdade, há divergência entre os vários autores se é uma alteração da afetividade ou de outras funções como a consciência ou “vivência do eu”⁸. Mas certamente muito da afetividade está envolvido. Na elação também há perda dos limites do eu, mas ele predomina, se expande e se projeta sobre o mundo. Além de triunfo, autoconfiança e intensa satisfação consigo mesmo, há maior ocupação do espaço. A zona de conforto desse paciente se expande e ele não tem nenhum constrangimento em invadir a zona de conforto de outras pessoas.

Um paciente deprimido sem histórico de mania ou hipomania prévias recebeu medicação antidepressiva. Uma semana depois ele entra no consultório sem esperar ser anunciado pela atendente e grita alegre para o médico: “E aí fuleragem, tudo bem?!”. Senta-se na cadeira e usa a mesa do médico como apoio para os pés.

Esse paciente entrou em mania induzida pelo medicamento e está apresentando elação. Então, enquanto no êxtase o eu uniu-se a uma força maior como o universo ou Deus, na elação o eu é a própria força.

Disforia e Irritabilidade Patológica

Esses dois conceitos são muito próximos, mas enquanto a disforia fala de um humor basal de fundo permanentemente desgostoso, agressivo e irritado, a irritabilidade patológica tem caráter reacional, ou seja, é uma resposta exagerada a um estímulo, resultando em comportamento agressivo ou pelo menos desagradável. Então, embora seja comum a coexistência de ambas no mesmo paciente, podem existir de forma independente. Por exemplo, um paciente pode aparentar calma e tranquilidade, e ao ser indagado de algo, responder com raiva, xingamentos ou até agressão física. Essa situação é mais comum em lesões orgânicas, particularmente do lobo frontal. O transtorno disfórico pré-menstrual, classificado como tal na DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição) é um exemplo típico de alteração com humor disfórico¹⁷.

Como citar:

Alencar, DZF; Martins, MJF; Soares, BL; Abreu, ES. Afetividade. In: FREITAS, TH; SOBREIRA NETO, MACEDO FILHO, LJM; Semiologia Psiquiátrica. 1a ed. Fortaleza: Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 2020, p. 81-105.

Puerilidade

Puerilidade ou infantilidade é marcada pela imaturidade da vida afetiva, uma atitude infantil e superficial no âmbito do afeto. O indivíduo que deveria ter uma personalidade mais madura regride ao seu estado infantilizado, com mudanças na sua linguagem, atitude, ação e afetividade. Identifica-se uma alteração da coesão ou adequação das respostas afetivas. Apresenta baixa tolerância à frustração, por exemplo, chorando por uma causa banal, que normalmente não causaria tamanho impacto. Pode acontecer vinculado a quadros de déficit intelectual, causas orgânicas como demência ou tumor cerebral, episódios dissociativos e transtornos (ou traços) de personalidade.

Uma paciente de 60 anos, com diagnóstico de transtorno histriônico da personalidade, chega ao ambulatório com tiara de “antenninhas de abelha” prendendo os cabelos. Chora, queixando-se do filho de 36 anos que vai “abandoná-la”, casando-se com “uma bruxa” e se mudando para outro bairro. Insiste em tirar “selfies” com os alunos de medicina e tira da bolsa um celular com um pompom cor-de-rosa pendurado. Beija a médica dizendo que ela não pode abandoná-la como fez o filho, pois morreria de tristeza.

Moria

É a puerilidade extrema, com afeto e atitudes muito inadequados, geralmente perturbando o ambiente e as pessoas ao redor e associada com agitação psicomotora. Pode haver turvação da consciência. Não é quadro comum, sendo mais frequente em pacientes com lesão extensa de lobos frontais ou demência avançada. Na mória, a extrema alegria vazia e pueril não tem sentido algum. É a “bobice total”. O paciente lembra um “bobo da corte”, pulando como um macaco, falando palavras grosseiras, etc. PAIM traz um exemplo clássico descrito por Baruk⁸:

“... desde a sua entrada no serviço circulava constantemente pela enfermaria, passando pelo nariz dos outros enfermos o dedo sujo de fezes e rindo às gargalhadas.”

Apatia

A apatia é uma palavra que, no grego, significa “ausência de paixão” (a: não; pathos: paixão)¹⁸. Embora alguns trabalhos defendam mais recentemente que a apatia tem vários domínios – cognitivo, comportamental e afetivo¹⁹ – é em afetividade que a apatia é referida no exame mental, obedecendo à psicopatologia clássica. Muito comum em pacientes com transtorno depressivo maior, distímia, esquizofrenia, doença de Parkinson, entre outras entidades clínicas²⁰, a apatia se caracteriza por uma falta de responsividade afetiva aos estímulos externos. Diferentemente do sentimento de falta de sentimento

Como citar:

Alencar, DZF; Martins, MJF; Soares, BL; Abreu, ES. Afetividade. In: FREITAS, TH; SOBREIRA NETO, MACEDO FILHO, LJM; Semiologia Psiquiátrica. 1a ed. Fortaleza: Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 2020, p. 81-105.

(ver a seguir), aqui, o paciente não se incomoda com o fato de não responder aos estímulos, apesar de saber, na maioria das vezes, da importância da vida afetiva. A apatia está, numa linha de gradação, antes da indiferença afetiva e embotamento, embora vários autores considerem como sinônimos a apatia e a indiferença afetiva⁶ (6).

Um paciente com diagnóstico de transtorno distímico referia fazer suas atividades normalmente, sem aparente perda cognitiva. Empresário, tinha várias idéias, mas não as punha em prática nem se incomodava de deixar de ganhar uma grande quantia em dinheiro. Deixou de supervisionar os filhos e largou o computador de lado, "uma de suas paixões".

Indiferença afetiva

Conhecida como “bela indiferença” (*belle indifference*), nome dado por Freud e Charcot nos quadros de histeria, é definida como uma falta de preocupação, indiferença e apatia anormal, por parte do paciente, com os seus sintomas. Mais comum nos quadros conversivos, apesar da presença e aparente gravidade tais de sintomas como parestesias, anestésias e paralisias, os pacientes permanecem calmos, frios e indiferentes afetivamente a eles²¹. Para alguns autores, a indiferença afetiva ocorre devido ao fato que, inconscientemente, esses pacientes sabem que esses sintomas são psicogênicos e, além disso, mantêm a indiferença afetiva como uma forma de exibicionismo¹. Ou como a Esfinge diante de Édipo: “Decifra o meu sintoma, se fores capaz”.

Distanciamento afetivo

Dificuldade do paciente em vivenciar afetos, em irradiá-los e em experimentar ressonância com as emoções de seu interlocutor. Percebe-se então o distanciamento afetivo do paciente do que acontece ao seu redor. Por vezes, indiferença afetiva e distanciamento afetivo são usados de maneira sinônima.

Apatia, indiferença, distanciamento, pobreza de sentimentos, embotamento e devastação afetiva são pontos numa mesma linha de descoloração dos afetos.

Pobreza de sentimentos

Situação em que o paciente tem um repertório muito limitado de sentimentos e afetos. É próxima do embotamento afetivo, e típica da esquizofrenia. Mesmo o paciente esquizofrênico pode manter algumas ilhas de afeto.

Uma jovem paciente com esquizofrenia irritava sua família com seu isolamento, falta de iniciativa e nenhuma demonstração de emoções. Por mais que o médico explicasse que isso fazia parte da doença, a mãe retrucava: - “Ah, doutor, ela não quer saber de nada, nem do filho nem de ninguém,

Como citar:

Alencar, DZF; Martins, MJF; Soares, BL; Abreu, ES. Afetividade. In: FREITAS, TH; SOBREIRA NETO, MACEDO FILHO, LJM; Semiologia Psiquiátrica. 1a ed. Fortaleza: Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 2020, p. 81-105.

mas quando o marido chega de viagem ela fica grudada nele o tempo todo. Então ela não é tão doente assim não.”

Embotamento afetivo

Uma alteração quase exclusiva da esquizofrenia. Também chamado de afeto plano e menos comumente de devastação afetiva. O embotamento afetivo se associa com outros sintomas como expressões faciais limitadas ou imutáveis; falta de alteração no tom de voz; movimentos espontâneos reduzidos; contato ocular pobre; grande pobreza nas gesticulações²². A falta de sensibilidade emocional faz que o indivíduo cometa atos bizarros. O embotamento afetivo é uma alteração grave e na clínica por vezes o entrevistador se sente incomodado diante deste paciente que não irradia nem sintoniza emoções. Não é possível saber se está triste, assustado, perplexo, irritado, nada... Alguns têm a impressão de que o paciente não olha “para nós”, mas “através de nós”.

Sentimento de insuficiência

Hoje mais comumente chamado de sentimento de menos-valia, típico da depressão. Também pode ocorrer em outras condições, como a esquizofrenia. O paciente se acredita incapaz de tudo, incompetente, sem valor, indeciso, fracassado, sem memória, sem nada de bom. Embora a depressão possa causar de fato déficits cognitivos e de pragmatismo na vida do paciente, suas queixas são sempre desproporcionais e muito auto acusatórias.

Sentimento de falta de sentimento

Vemos essa alteração representada na poesia de Alice Ruiz²³:

*Socorro, não estou sentindo nada.
Nem medo, nem calor, nem fogo,
Não vai dar mais pra chorar
Nem pra rir. (...)
Socorro, alguém me dê um coração,
Que esse já não bate nem apanha.
Por favor, uma emoção pequena,
Qualquer coisa.
Qualquer coisa que se sinta,
Tem tantos sentimentos, deve ter algum que sirva.*

O sentimento de falta de sentimento é uma alteração que causa grande sofrimento ao indivíduo, uma vez que a pessoa não consegue ter respostas afetivas aos estímulos básicos, bons ou ruins, aos quais é exposta, e tem crítica sobre isso. Pode ocorrer na depressão, nos transtornos de personalidade e na esquizofrenia. Diferentemente da apatia, aqui, o paciente se sente culpado por não conseguir sentir, o que acaba por acentuar ainda mais a culpa do deprimido. Temos visto essa alteração na evolução de pacientes

Como citar:

Alencar, DZF; Martins, MJF; Soares, BL; Abreu, ES. Afetividade. In: FREITAS, TH; SOBREIRA NETO, MACEDO FILHO, LJM; Semiologia Psiquiátrica. 1a ed. Fortaleza: Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 2020, p. 81-105.

deprimidos, após o início do tratamento. Como os sintomas não melhoram de forma homogênea, é possível que a melhora de certos aspectos cognitivos permita ao paciente perceber seus afetos desbotados. Temos visto com frequência em mulheres:

Ah, doutora! Agora eu estou bem melhor. Não choro mais. Agora a casa pode cair em cima de mim e eu nem ligo! Mas me dói, doutora, porque eu tenho um filhinho de 3 anos, ele é tão amoroso, me abraça, me beija, diz “mamãezinha, eu te amo!” e eu não sinto nada, doutora, nada! Que tipo de mãe eu sou??!!

Inadequação do afeto ou Paratimia

Alteração de afeto típica da esquizofrenia. Como escrito no começo do capítulo, a cada ideia ou situação, corresponde um afeto que é mais adequado. Na paratimia, o paciente responde aos estímulos de modo inesperado e incongruente com a situação. Uma definição para isso é que o paciente demonstra reações paradoxais²⁰. Embora bem menos comum, pode ser vista em situações de ansiedade.

Uma paciente bastante ansiosa foi a uma entrevista de emprego que muito desejava. Lá, chegava a tremer de tão nervosa. Quando o dono da empresa chegou à sala, tropeçou na ponta do tapete e quase caiu. A paciente riu incontrolavelmente. Surpresa com a própria reação, após o ataque de riso, pediu mil desculpas, mas sabia que tinha sido reprovada.

Neotimia

A neotimia é definida como sentimentos e afetos completamente novos vivenciadas por um paciente, de modo que escapam a qualquer descrição de estados semelhantes em pessoas comuns. Não é possível descrevê-la, nem é passível de compreensão pelo entrevistador, pois é uma vivência afetiva única, exclusiva do paciente.

Anedonia

Uma alteração encontrada principalmente, mas não somente, no transtorno depressivo maior e na esquizofrenia. Anedonia é a perda da capacidade de sentir prazer em atividades ou experiências que comumente trazia prazer ao indivíduo. Atualmente, a anedonia não é mais considerada uma alteração homogênea; estudos recentes mostram que há muito a ser descoberto na neurobiologia da anedonia e, hoje, acredita-se que essa alteração, para que seja completamente compreendida, tem de ser desconstruída em componentes; a incapacidade em sentir o prazer inclui o declínio nos processos mentais de: avaliação de recompensa; tomada de decisões; antecipações; e motivação²².

A anedonia também deixou de ser vista como uma alteração em que, simplesmente, o indivíduo perde o prazer em todas as suas atividades na vida: atualmente, sabe-se que pode haver perdas de prazer

Como citar:

Alencar, DZF; Martins, MJF; Soares, BL; Abreu, ES. Afetividade. In: FREITAS, TH; SOBREIRA NETO, MACEDO FILHO, LJM; Semiologia Psiquiátrica. 1a ed. Fortaleza: Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 2020, p. 81-105.

seletivas em vários casos. Como exemplos: na esquizofrenia, sabe-se que pode haver uma perda de prazer nos relacionamentos interpessoais²⁴; também já foi descrita anedonia em um homem que, particularmente, gostava muito de ouvir música, e perdeu qualquer experiência emocional com essa atividade²⁵.

Embora pudesse envolver, *senso lato*, qualquer experiência prazerosa, quando nos referimos à perda do prazer na vida sexual preferimos utilizar os termos “perda ou diminuição da libido”, “anorgasmia” ou outro termo adequado mais específico.

Ambivalência afetiva

É definida como a presença simultânea de sentimentos diametralmente opostos vivenciados pelo mesmo indivíduo em direção a um mesmo objeto. Nobre de Melo considera a ambivalência afetiva exclusiva dos pacientes com esquizofrenia⁶. Mas todo relacionamento humano envolve mais de um afeto, e segundo Freud, as pulsões de vida, gregárias, e as pulsões de morte, contrárias aos vínculos, se entrelaçam. Quando gostamos de alguém, os afetos gregários, de amor, cuidado, consideração, predominam sobre os demais. Considerando essas ideias, todos nós podemos ter ambivalência afetiva. Mas de fato, a manifestação externa, observável, da ambivalência afetiva é mais comum nos esquizofrênicos. Bleuler dá o exemplo de um paciente que desejava a morte da mulher, mas quando as alucinações a mostram morta, ele se desespera^{26,27}. De maneira mais sutil, muitas vezes nos deparamos com pacientes que mesmo parecendo “idolatrar” o médico, exaltando-o com muitos elogios, não segue as orientações, diz que o tratamento é ruim, etc. É também um fato conhecido que, com frequência, o paciente esquizofrênico em surto psicótico é agressivo com a pessoa mais próxima a ele, por exemplo a mãe. Bleuler também dá o exemplo de coisas que são temidas mas, ao mesmo tempo, desejadas, como assumir um cargo de responsabilidade, ou submeter-se a uma cirurgia (27).

Labilidade e Incontinência emocionais

São dois conceitos muito próximos, geralmente se apresentam juntos, mas não são a mesma coisa. A labilidade emocional, também chamada instabilidade emocional é o estado em que há oscilação muito fácil de humor do paciente. Essa variação pode ser espontânea, mas é mais frequentemente reacional aos estímulos. Qualquer pequeno estímulo poderá causar uma mudança desproporcional. É comum na mania, nas condições orgânicas e na esquizofrenia. É comum vermos essa resposta nos indivíduos alcoolizados. Fora do contexto patológico, crianças pequenas costumam ter labilidade emocional, passando de sorridentes a chorosas e magoadas diante de um simples “não”. Na demência, podemos “usar” a labilidade emocional em favor do paciente, como abaixo.

Carolina, de 87 anos, com Alzheimer, viu uma foto antiga de sua mãe na sala e então pergunta com a voz trêmula: “Cadê a minha mãe? Eu quero a minha mãe!” Orientada pela geriatra, a filha passou

Como citar:

Alencar, DZF; Martins, MJF; Soares, BL; Abreu, ES. Afetividade. In: FREITAS, TH; SOBREIRA NETO, MACEDO FILHO, LJM; Semiologia Psiquiátrica. 1a ed. Fortaleza: Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 2020, p. 81-105.

a dizer algo como “ela foi ao centro, volta já”. E então a paciente fica alegre. E um minuto depois, nada lembra.

Na incontinência, o indivíduo não é capaz de conter suas emoções, externalizando-as. Para nós, que ouvimos os segredos e fantasias de nossos pacientes, a continência emocional é uma capacidade importante. A empatia é uma parte importante do nosso trabalho, mas por mais dramático, violento ou estranho que seja um relato, devemos conter nossas emoções, sem chorar, fazer caras de espanto ou reprovação ou soltar interjeições. Os militares em geral têm muita continência emocional. A continência emocional dos guardas da rainha da Inglaterra é testada constantemente pelos turistas, e eles permanecem impassíveis. A brincadeira infantil de ficar cara a cara com o colega sem rir, perdendo quem ri primeiro, testa a continência emocional. Nos casos de incontinência emocional patológica, a resposta externalizada é desproporcional e prolongada.

Em ambas, labilidade e incontinência, há perda do controle inibitório das emoções, uma habilidade aprendida durante a vida¹.

Técnica Semiológica

A afetividade tem papel central no diagnóstico e, portanto, na entrevista psiquiátrica. Ocupa, junto com o pensamento, o coração da psiquiatria. É importante atentar para o conteúdo da fala, mas também para a comunicação não verbal, como o tom de voz, postura corporal, contato visual, expressões faciais. Enquanto se avalia o afeto, é importante ter atenção na expressividade, controle e como se manifestam os sentimentos, incluindo a intensidade, duração, entre outras características.

É importante que o avaliador iniciante se lembre que no exame mental descreve-se o que se observa durante a entrevista. Portanto, alguns elementos ditos pelo paciente pertencem à história da doença atual ou antecedentes. Se o conteúdo do discurso não é compatível com o que vemos de todos os elementos acima descritos, deve-se incluir a possibilidade de inadequação do afeto, distanciamento afetivo ou mesmo simulação. A busca por **equivalentes orgânicos** do afeto merecem atenção, visando a possibilidade de mudanças do apetite, peso, sono e libido, além de taquicardias, sudorese, tremores, etc. Melhor que perguntar exclusivamente por perda de peso e de apetite, é melhor perguntar por qualquer variação de peso (por exemplo: você acha que seu apetite aumentou, diminuiu ou ficou o mesmo? Você ganhou ou perdeu peso nesse período?). Costumamos valorizar o emagrecimento e a inapetência na depressão, mas estudos mostraram que mesmo a depressão melancólica pode ter perda, ganho ou peso inalterado em proporções quase idênticas (um terço cada)²⁸.

Como citar:

Alencar, DZF; Martins, MJF; Soares, BL; Abreu, ES. Afetividade. In: FREITAS, TH; SOBREIRA NETO, MACEDO FILHO, LJM; Semiologia Psiquiátrica. 1a ed. Fortaleza: Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 2020, p. 81-105.

É importante avaliar a auto-estima e a volição, observando quanta energia a pessoa está investindo e a disposição com que se envolve na realização de projetos pessoais²⁹.

Por fim, é fundamental abordar o risco de auto e heteroagressividade, tais como idéias e pensamentos de agressão voltadas para o meio ou idéias, planos de suicídio e automutilação. Alunos ou iniciantes na saúde mental temem fazer perguntas ao paciente sobre a vontade de morrer ou se matar, receosos de colocar a ideia em curso. Mas comprovadamente, ao contrário, isso protege o paciente, permitindo que ele verbalize esse desejo com o qual a família não sabe lidar, inclusive com censuras morais. Poder falar sobre isso diminui a ansiedade, pois o paciente se sente compreendido. Enfatizar que a depressão é uma doença, que a ideação suicida é um sintoma dessa doença, transitório, e que vai ceder com o tratamento, nos ajuda a ganhar tempo com o paciente³⁰.

O que de fato pode induzir ao suicídio é o chamado Efeito Werther, que recebeu esse nome porque após a publicação do livro “Os sofrimentos do jovem Werther”, de Goethe, houve uma grande onda de suicídios de jovens na Europa do século XVIII. Ou seja, a ampla divulgação do suicídio banaliza o ato e induz outros. A internet e as mídias sociais atualizaram esse problema em enormes proporções³¹.

Temas delicados como a ideação suicida podem ser abordados pela técnica de normalização (ou normatização): “É comum que pessoas passando por situações como essa pensem que seria melhor estarem mortas. Isso já lhe passou pela cabeça?” Uma vez introduzido o assunto, pode-se perguntar mais diretamente: “Você já pensou em se matar?”²⁸.

Como citar:

Alencar, DZF; Martins, MJF; Soares, BL; Abreu, ES. Afetividade. In: FREITAS, TH; SOBREIRA NETO, MACEDO FILHO, LJM; Semiologia Psiquiátrica. 1a ed. Fortaleza: Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 2020, p. 81-105.

Denise Zarur Firmeza Alencar, Mauro Jayme Fernandes Martins, Bruno Lins Soares, Eliane Souto Abreu

Figura 1. Mapa conceitual como proposta de resumo e de conexão entre os conceitos.

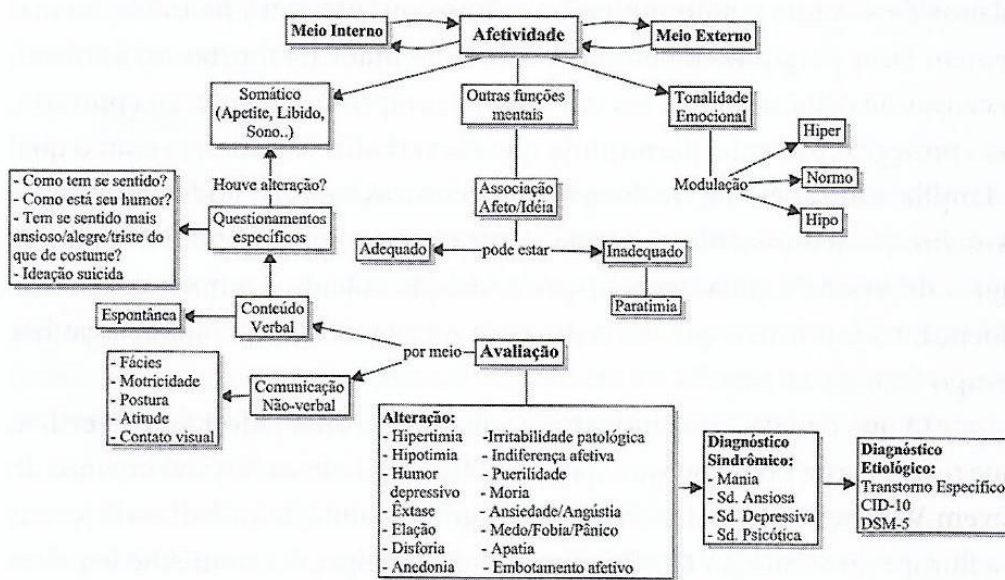
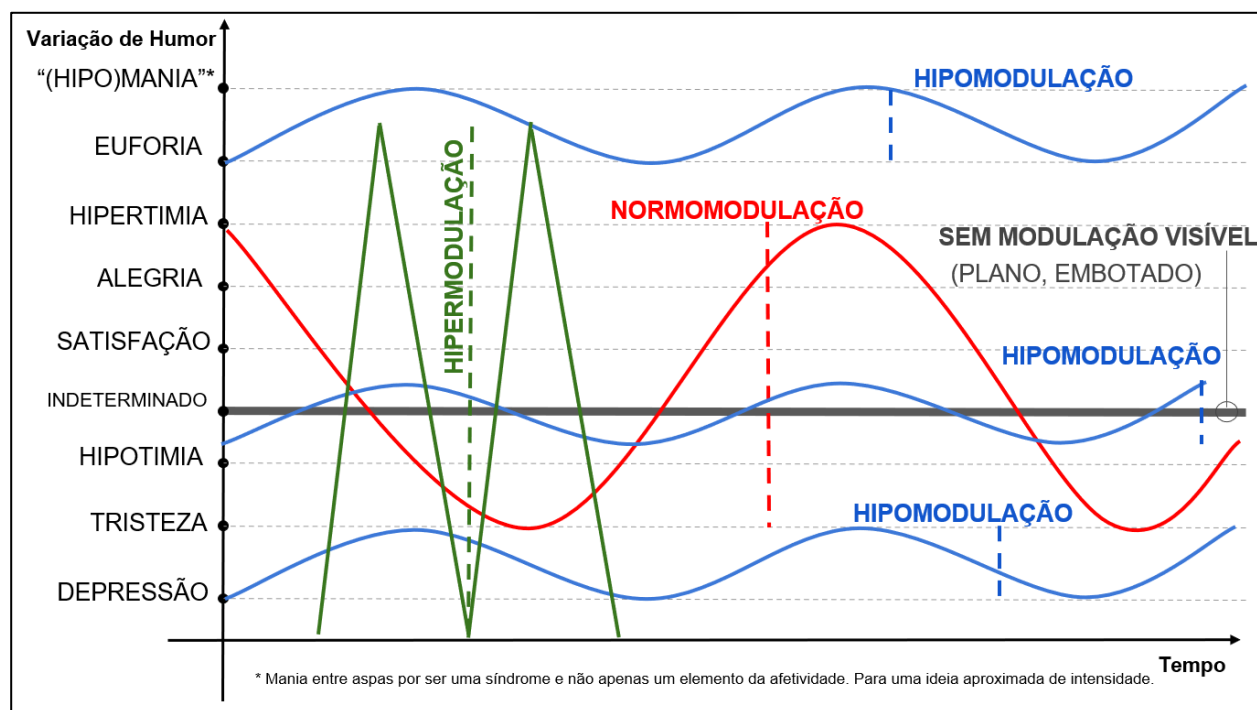


Figura 2. Curvas de modulação do humor/afeto, normal e patológicas. O afetivograma é uma ferramenta que pode ser usada na prática clínica através de anotações diárias do paciente, e fornece resultados que podem lembrar essas curvas.



Como citar:

Alencar, DZF; Martins, MJF; Soares, BL; Abreu, ES. Afetividade. In: FREITAS, TH; SOBREIRA NETO, MACEDO FILHO, LJM; Semiologia Psiquiátrica. 1a ed. Fortaleza: Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 2020, p. 81-105.

Referências

1. FONSECA, VD. Papel das funções cognitivas, conativas e executivas na aprendizagem: uma abordagem neuropsicopedagógica. *Rev. Psicopedagogia* 2014; 31(96): 236-53.
2. BION, W.R. Uma teoria sobre o pensar. In: _____. *Estudos psicanalíticos revisados*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1994. 195p.
3. DAMÁSIO, A. *O Erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
4. BERRIOS GE. The psychopathology of affectivity: conceptual and historical aspects, *Psychological Medicine*, n. 15, p. 745-758, 1985.
5. DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. 520p.
6. NOBRE DE MELO, AL. *Psiquiatria*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1981.
7. PIO ABREU, J.L. *Introdução à psicopatologia compreensiva*. 3ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002. 277p.
8. PAIM, I. *Curso de psicopatologia*. 11ª ed. São Paulo: Ed. Pedagógica e Universitária; 1993.
9. JASPERS, K. *Psicopatologia geral*. 8ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, v.1, p.132-143.
10. RIBOT, T. *Essai sur les passions*. F. Alcan, 1907.
11. LABAR, KS, Cabeza R. Cognitive neuroscience of emotional memory. *Nature Rev Neurosci*. 2006; 7: 54 – 64.
12. SIMONETTI, A. *A angústia e a ansiedade na psicopatologia fundamental*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2011.
13. ESTADÃO. O que contam os famosos que têm medo de avião. Disponível em: <https://viagem.estadao.com.br/noticias/geral,o-que-contam-os-famosos-que-tem-medo-de-aviao,20040824p58623>
14. MARKS, IM. *Fears and phobias*. Oxford, England: Academic Press, 2013.
15. CHENIAUX, E. *Psicopatologia descritiva: existe uma linguagem comum?* *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(2):157-62.
16. CAMPOS, RN et al. A evolução histórica dos conceitos de transtorno de humor e transtorno de personalidade: problemas no diagnóstico diferencial. *Arch. Clin. Psychiatry* 2010; 37(4):162-6.
17. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5: Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora, 2014.
18. MARIN, RS. Apathy: a neuropsychiatric syndrome. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, vol. 3, no. 3, pp. 243–254, 1991.

Como citar:

Alencar, DZF; Martins, MJF; Soares, BL; Abreu, ES. Afetividade. In: FREITAS, TH; SOBREIRA NETO, MACEDO FILHO, LJM; *Semiologia Psiquiátrica*. 1ª ed. Fortaleza: Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 2020, p. 81-105.

19. ANG, Y-S et al. Distinct Subtypes of Apathy Revealed by the Apathy Motivation Index. PLoS ONE 12(1): e0169938. doi:10.1371/ journal.pone.0169938, 2017.
20. ANDREASEN, NC. Affective flattening and the criteria for schizophrenia. The American Journal of Psychiatry, 1979.
21. STONE, J. et al. La belle indifference in conversion symptoms and hysteria: systematic review. The British Journal of Psychiatry , 2006, 188(3): 204-9.
22. GAILLARD, R. et al. L'anhédonie dans la dépression. L'Encéphale, 2013, 39 (4): 296-305.
23. ANTUNES, A. Ruíz, A. Socorro. _____. Um Som. Ariola, 1988.
24. CUTTING, J. The Psychology of Schizophrenia. Edinburgh: Chulchill Livingstone, 1985.
25. SATOH, M. et al. Musical anhedonia: selective loss of emotional experience in listening to music. Neurocase. 2011 Oct;17(5):410-7.
26. CAMPOS, M. O grupo das esquizofrenias ou demência precoce: relatório apresentado ao III Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiátrica e Medicina Legal. Rio de Janeiro. Julho de 1929. Hist. ciênc. saúde-Manguinhos ; 17 (supl.2): 709-732, dez. 2010.
27. BLEULER, E. Dementia praecox or the group of schizophrenias, 1950.
28. CARLAT, D.J. Entrevista psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed, 2008. 312p.
29. ZUARDI, AW; LOUREIRO SR. Semiologia psiquiátrica. Medicina (Ribeirão Preto. Online), 29: 44-53, 1996.
30. BOTEAGA, NJ. Crise Suicida. Porto Alegre: Artmed, 2015. 302p.
31. ALMEIDA, AF. Efeito de Werther. Análise Psicológica 2000, 18 (1): 37-51.

Como citar:

Alencar, DZF; Martins, MJF; Soares, BL; Abreu, ES. Afetividade. In: FREITAS, TH; SOBREIRA NETO, MACEDO FILHO, LJM; Semiologia Psiquiátrica. 1a ed. Fortaleza: Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 2020, p. 81-105.