

ESQUIZOFRENIA E OUTRAS PERTURBAÇÕES PSICÓTICAS

Trabalho elaborado no 3º ano na unidade curricular de Psicopatologia do Adulto

(2008)

**Armanda Vieira
Joana Isabel Moreira
Kathia Loureiro
Rita Morgadinho**

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (Portugal)

Email:
msrita@hotmail.com

RESUMO

Este trabalho teve como objectivo fazer uma revisão da literatura a fim de se compreender melhor as perturbações psicóticas, nomeadamente a esquizofrenia. Sendo a psicose uma das psicopatologias mais relevantes, fez-se uma distinção entre as várias psicoses focando as suas características principais, onde a perda e as alterações da realidade (alucinação e delírio), bem como as perturbações da identidade, se apresentam como principais sintomas.

Finalmente abordou-se a temática dos possíveis tratamentos, referindo a actuação dos diferentes profissionais.

Palavras-chave: Psicopatologia, esquizofrenia, perturbações psicóticas.

A psicose é utilizada em diferentes sentidos e em diversas situações, esta opõe-se à neurose segundo duas dimensões, uma quantitativa e outra qualitativa, diferindo na noção de gravidade das perturbações e na noção de desconhecimento por parte da pessoa que apresenta a perturbação (Braconnier, 2007). Assim sendo, enquanto que na neurose o Eu recalca os instintos, na psicose o Eu modifica a realidade, havendo uma ruptura dos mecanismos de defesa, fazendo com que desponte todo o material proveniente do processo primário. Esta situação origina o caos no Eu, levando conseqüentemente à sua fragmentação.

Sem ser unívoca, a psicose constitui um universo psíquico estranho, invulgar e desconhecido (Chartier, 2004), não se encontrando neste estado uma base de analogia com nenhuma vivência pessoal. O psicótico tem sensações que não correspondem à realidade, havendo uma transformação radical das relações entre o indivíduo e o mundo. Assim, a pessoa com psicose desenvolve processos de desintegração da personalidade, com grave desajustamento do indivíduo ao meio social, esta pode ser episódica ou permanente, reversível ou irreversível, progressiva ou estacionária e completa ou parcial.

Na literatura são apontadas dois tipos de psicoses, por um lado as orgânicas, que derivam de anormalidades físicas, embora também possam ser produto de transtornos comportamentais ou psicológicos (tomando como exemplo as demências) e por outro, as funcionais, que embora não havendo uma causa geral, pensa-se que provêm de uma junção de vários factores, entre eles, os ambientais, genéticos e hereditários (exemplificando o caso das esquizofrenias).

Segundo Pedinielli e Gimenez (2006), existem dois sinais centrais da sintomatologia psicótica, sendo eles a perda de contacto com a realidade (perda de sentido das coisas ou construção de uma outra realidade à qual o sujeito adere) e as perturbações de identidade (estas podem adquirir múltiplas formas, tais como, perda das referências corporais, modificação da imagem corporal, ...). Quanto à presença de outros sinais, pode-se referir o desconhecimento do estado mórbido (incapacidade do psicótico em se dar conta que está doente), incapacidade de responder às exigências da vida quotidiana, a angústia (de morte, de destruição interna, de perda do sentido das coisas, ...). Subsistem ainda os denominados critérios distintivos, que embora existam mais intensificadamente nas psicoses não são específicos destas, nomeadamente as passagens ao acto e as alterações da realidade.

Particularizando as alterações da realidade, encontram-se os delírios e as alucinações. Assim sendo, o delírio consiste na atribuição de um significado novo e inteiramente pessoal a uma determinada realidade (Matos & Bragança, 2003), não sendo estas crenças habitualmente aceites pelo grupo cultural. Este apresenta o aspecto individual da crença, a desadequação à realidade, a certeza inabalável e o carácter excessivo. De notar que o delírio se estrutura segundo temas, onde estão patentes as ideias de que o doente fala, podendo ser de vários tipos, como ideias delirantes de perseguição (o paciente é atacado, enganado, onde o perseguidor pode ser designado ou não designado), de grandeza (sentimento exagerado da sua importância “eu sou o senhor do mundo”), místicas (ideia de poderes sobrenaturais), ... Constrói-se também segundo uma organização, que remete para o grau de sistematização (o delírio é sistematizado quando tem um desenvolvimento coerente e é polimorfo quando tem uma multiplicidade de temas e de mecanismos), segundo o grau de extensão (quando o delírio tem a ver com uma parte da vida pessoal denomina-se por delírio em sector e quando se estende à totalidade da sua vida é o chamado delírio em rede). O delírio apoia-se em mecanismos de construção, sendo estes a intuição (a ideia delirante impõe-se brutalmente sem análise nem reflexão), a imaginação (a pessoa constrói, inventa situações e acontecimentos), a ilusão (organiza o delírio a partir de uma

percepção real mas transformada), a interpretação (explicação falsa de um elemento da realidade, “ele passou à minha porta, portanto ele vigia-me”) originando a alucinação (Pardinielli & Gimenez, 2006).

O DSM-IV classifica a alucinação como “percepção sensorial que tem um sentido da realidade de uma percepção mas que ocorre sem a estimulação exterior do órgão sensorial correspondente.” O sujeito experimenta como percepção aquilo que não existe para os outros, mas se nos preocuparmos com o “mundo” do doente, não há dúvida de que este fenómeno é vivido como perfeitamente real. As alucinações podem atingir qualquer um dos órgãos dos sentidos, sendo classificadas de acordo com o órgão atingido, em alucinações ópticas (visuais), acústicas (são as mais frequentes na esquizofrenia), gustativas e olfactivas (alucinações dos cheiros e dos sabores), tácteis (alucinações de contacto) e cinestésicas ou somáticas (alucinações corporais) (Scharfetter, 2005).

TIPOS DE PSICOSES

De acordo com o DSM-IV existem vários tipos de perturbações psicóticas, que apresentam características distintas e quadros clínicos diferentes, sendo a principal psicose a esquizofrenia que vai ser abordada mais aprofundadamente.

Esquizoafectiva

A principal característica desta perturbação consiste num período sem interrupção de doença durante o qual, em algum momento, existe um episódio depressivo major ou um episódio maníaco ou misto. Caracteriza-se também por ideias delirantes ou alucinações pelo menos durante duas semanas, sendo o tipo de esquizofrenia menos comum. Esta pode-se dividir em dois tipos, o tipo bipolar (aplica-se quando existe um episódio maníaco ou misto) e o tipo depressivo (aplica-se quando existe um episódio depressivo major).

Esquizofreniforme

As características principais são idênticas às da esquizofrenia, a diferença reside na duração total da perturbação, pois esta tem um mínimo de um mês, mas menos de seis meses.

Delirante

A particularidade desta perturbação é a presença de uma ou mais ideias delirantes não bizarras que persistam pelo menos durante um mês.

Psicótica Breve

É uma perturbação psicótica que dura pelo menos um dia mas menos de um mês. Envolve um início súbito de pelo menos um dos seguintes sintomas psicóticos: ideias delirantes, alucinações, discurso ou comportamento desorganizado.

Psicótica Devida a Um Estado Físico Geral

Esta caracteriza-se por alucinações ou ideias delirantes devidas aos efeitos fisiológicos directos de um estado físico geral.

Psicótica Induzida por Substâncias

Nesta perturbação, os sintomas psicóticos são devido a efeitos fisiológicos directos de abuso de uma droga, medicação ou exposição a outra substância.

Psicótica Partilhada

Esta psicose é marcada fundamentalmente por uma ideia delirante que se desenvolve numa pessoa que tem um relacionamento próximo com outra pessoa que já sofre de uma perturbação psicótica com ideias delirantes dominantes.

Psicótica Sem Outra Especificação

Esta perturbação inclui os sintomas psicóticos (ideias delirantes, alucinações, discurso e comportamento desorganizado) mas não existe informação suficiente necessária para preencher os critérios para as perturbações psicóticas específicas.

ESQUIZOFRENIA

Analisando a etimologia da palavra, esquizofrenia significa fragmentação da mente (frenia – mente e esquizo – fragmentada/dividida), dando-se uma ruptura no desenvolvimento do indivíduo, havendo a perda de contacto com a realidade e ausência de juízo crítico.

Apresenta como possíveis causas diversos factores. Factores genéticos, que são considerados de grande importância, pois foram feitos estudos com gémeos monozigóticos e dizigóticos e verificou-se que nos monozigóticos, a tendência a desenvolver a doença é maior

(30% a 50%) do que nos dizigóticos (15%). No entanto estes factores não são a única causa desta perturbação, sendo considerados também os factores ambientais. Estes podem englobar o *stress* familiar, interações sociais pobres, infecções e vírus e traumatismos em idade jovem. O código genético dos indivíduos, conjuntamente com factores ambientais podem causar a esquizofrenia.

Sintomas

Os principais sintomas desta psicose são as percepções distorcidas da realidade (onde as pessoas podem sentir-se assustadas, ansiosas, confusas e comportarem-se de um modo muito diferente das outras pessoas como resultado da realidade pouco comum que vivenciam), as alucinações e ilusões (ocorrem quando um estímulo sensorial é interpretado incorrectamente pelo doente), delírios (de perseguição, de envenenamento, de conspiração e de grandeza), perturbação do pensamento (os pensamentos aparecem e desaparecem fazendo com que o psicótico não se concentre em apenas um pensamento porque se distrai facilmente) e a expressão emocional (os doentes evitam contacto com os outros e quando são forçados a tal têm um pensamento empobrecido, diminuindo também a sua motivação).

Particularidades da Esquizofrenia

A esquizofrenia surge mais cedo nos homens (por volta dos 18 aos 25 anos) e apresentam mais sintomas negativos, comparativamente às mulheres (essencialmente a partir dos 25–30 anos) manifestando-se mais sintomatologia afectiva e ideias delirantes paranóides. Ambos os sexos têm 1% de risco de manifestarem esquizofrenia durante a vida (Castle, McGrath & Kulkarni, 2003), bem como a toda a população.

No diagnóstico deve ter-se em conta factores culturais, pois as ideias delirantes podem dever-se ao facto da pessoa ter uma cultura diferente e acreditar em magia e bruxaria. As alucinações visuais e auditivas que surgem num contexto religioso podem ser normais e a avaliação do discurso desorganizado pode ser difícil, devido às variações linguísticas existentes entre culturas.

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

Os tipos de esquizofrenia definem-se pelos sintomas predominantes na altura da avaliação, onde o DSM-IV foca cinco tipos principais.

Paranóide

A característica essencial deste tipo é a existência de ideias delirantes dominantes ou alucinações auditivas. O início tende a ser mais tardio que o dos outros tipos. É o tipo mais comum e de tratamento com melhor prognóstico, particularmente em relação à capacidade para a vida independente.

Catatónico

Os principais sintomas característicos são: a actividade motora excessiva, negativismo extremo, mutismo, cataplexia (paralisia corporal momentânea), ecolália (repetição patológica, tipo papagaio e aparentemente sem sentido de uma palavra ou frase que outra pessoa acabou de dizer). Necessita de uma observação cuidadosa porque existem riscos potenciais de desnutrição, exaustão ou auto-agressão. Por consequência o tratamento é considerado difícil.

Indiferenciado

Este tipo encaixa-se nos sintomas da esquizofrenia, mas não satisfaz nenhum dos tipos citados anteriormente.

Residual

Os sintomas para este tipo consistem, na ausência de delírios, alucinações e comportamento desorganizado ou catatónico. Presença de sintomas negativos ou dois ou mais sintomas positivos como comportamento excêntrico, discurso levemente desorganizado ou crenças incomuns.

Desorganizado

As características deste tipo são o discurso desorganizado (que pode ser acompanhado de um comportamento pueril e risos que não estão relacionados com o contexto do discurso), comportamento desorganizado (isto é, ausência de objectivo determinado que pode levar a uma grave disrupção da capacidade para desempenhar as tarefas quotidianas, e o afecto inapropriado). O tipo desorganizado é considerado o de tratamento mais complicado.

TRATAMENTO

Segundo Vale e Vale (2006) a maioria das pessoas com esquizofrenia precisa ser hospitalizada durante o período de tempo em que os seus sintomas são particularmente graves.

Quando a medicação se mostra eficaz, será possível os doentes serem tratados em centros de dia, em centros de reabilitação e em outros serviços de ambulatório. Se estes doentes têm uma recaída necessitam ser hospitalizados novamente.

Quanto à farmacologia, os medicamentos principais para a esquizofrenia são os antipsicóticos. Estes ajudam a corrigir o desequilíbrio bioquímico do cérebro que é um das causas dos sintomas.

Relativamente à psicoterapia, o aconselhamento individual e em grupo, e a informação sobre a doença podem fornecer apoio, desenvolvimento de competências não só para os doentes como para as suas famílias. Os vários técnicos do terreno ajudam os doentes a resolver eficazmente os problemas, certificam-se que os medicamentos estão a ser tomados da forma correcta e ajudam-nos a lidar com os desafios da vida do quotidiano.

Ajuda aos Prestadores de Cuidado

Segundo Vale e Vale (2006), apoiar alguém que sofre de esquizofrenia é um esforço difícil e prolongado que pode causar muito desgaste, visto que, viver com um doente esquizofrénico pode-se tornar numa carga financeira pesada, na medida em que afecta o trabalho e a vida social dos familiares ou de outras pessoas que cuidam destes doentes, para além de ser emocionalmente desgastante. Os familiares são frequentemente os prestadores de cuidados mais importantes para estas pessoas.

O apoio aos prestadores de cuidados passa por, lhes dar mais informação sobre as características da doença, ajudá-los a lidar com os doentes, aconselhá-los sobre como agir em determinadas situações, comportamentos e crises que os doentes manifestam e auxiliá-los a aceitar a doença, para permitir que não só o doente possa ter uma vida estável, bem como os familiares consigam continuar a viver uma vida “normal”.

CONCLUSÃO

A pessoa que atravessa uma crise psicótica pode ter alucinações, delírios, mudanças comportamentais e pensamento confuso, estes sintomas estão aliados a uma carência de visão crítica que leva o indivíduo a não reconhecer o carácter estranho de seu comportamento (Santana, 2007). Embora os comportamentos psicóticos estejam mais presentes na esquizofrenia, também se podem verificar noutras perturbações e situações, como por exemplo no transtorno bipolar, na perturbação depressiva major, na reacção a alguns medicamentos, álcool e drogas, doenças físicas e neurológicas, nas demências, ...

A esquizofrenia desenvolve-se no adolescente ou no jovem adulto com menos de 30 anos, e evolui de forma crónica (sendo necessário um tratamento prolongado), perturbando gravemente a vida relacional, social e profissional (Georgieff, 1995).

As características mais proeminentes nesta psicose são os comportamentos marcados pelo maneirismo, pela tendência ao isolamento, ao devaneio, pela bizarria ou ainda pelo ciúme e pela insegurança (Bergeret, 2000). Ocorrem ainda dificuldades em estabelecer relações sociais, pois o esquizofrénico apresenta frequentemente um tom de voz monótono e uma expressão emocional apática, podendo por vezes apresentar alguma agressividade.

Esta psicose pode ter como causas uma tendência genética ou elementos orgânicos externos provocados por factores ambientais e psicossociais (Santana, 2007), assim é muito importante que o tratamento comece o mais rapidamente possível, e este deve incluir a hospitalização (durante os surtos psicóticos graves), a farmacologia (auxilia o médico no controlo da doença) e a psicoterapia (onde os técnicos trabalham não só com o doente, bem como com os prestadores de cuidados). De realçar que o tratamento não deve ser baseado apenas num único processo dos referidos anteriormente, mas sim deve ocorrer numa interacção entre os três, para melhor compreender e tratar todas as componentes da doença.

É fundamental não esquecer os familiares, aos quais deve ser dada informação e aconselhamento, para melhor compreenderem, aceitarem a doença e apoiarem o paciente, visto que, para que haja um tratamento eficaz, é essencial que o esquizofrénico permaneça integrado na sociedade, fazendo o seu trabalho, tendo o seu papel familiar e mantendo as suas relações sociais para, na medida do possível levar uma vida normal.

BIBLIOGRAFIA

Bergeret, J. (2000). *A personalidade normal e patológica (3ª edição)*. Lisboa: Climepsi Editores.

Bergeret, J. (2004). *Psicologia patológica. Teoria e clínica (2ª edição)*. Lisboa: Climepsi Editores.

Braconier, A. (2007). *Manual de Psicopatologia (1ª edição)*. Lisboa: Climepsi Editores.

Castle, D.J., McGrath, J. & Kulkarni, J. (2003). *As mulheres e a esquizofrenia (1ª edição)*. Lisboa: Climepsi Editores.

Georgieff, N. (1995). *A esquizofrenia*. Lisboa: Instituto Piaget.

Pedinielli, J.L. & Gimenez, G. (2006). *As psicoses do adulto (1ª edição)*. Lisboa: Climepsi Editores.

Matos, M.B., Bragança, M. & Sousa, R. (2003). *Esquizofrenia de A a Z (1ª edição)*. Lisboa: Climepsi Editores.

Santana, A.L. (2007). *Psicose*. Acedido em 15/11/2008 a partir de <http://www.infoescola.com>.

Scharfetter, C. (2005). *Introdução à psicopatologia geral (3ª edição)*. Lisboa: Climepsi Editores.

Vale & Vale (2006). *Esquizofrenia*. Acedido em 15/11/2008 a partir de <http://www.saude-mental.net>.