

UMA ANÁLISE DA ESQUIZOFRENIA FRENTE À EXPERIÊNCIA COM PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO

**BELUCI, Thaise e
RAMALHO, Marcelo Márcio**

Discentes do curso de Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde – FASU, Garça,
São Paulo, Brasil.

RESUMO:

O presente artigo faz uma análise histórica das Instituições psiquiátricas e da esquizofrenia e foi desenvolvido a partir de uma experiência de Estágio Supervisionado Básico II na área de psicopatologia, em um hospital psiquiátrico da cidade de Garça. Constatamos que o que foi verificado na literatura, aplica-se ao cotidiano, tanto no que diz respeito a esquizofrenia como à Instituição Psiquiátrica.

PALAVRAS-CHAVE: Esquizofrenia; Psicopatologia; Instituições Psiquiátricas.

ABSTRACT:

This article is about a historical analysis of the psychiatric institutions and of schizophrenia and it was developed from an experience of a Supervised Probation Basic II in the area of psychopathology, at a psychiatric hospital in Garça city. It was verified that what

had been in the literature, applies on the daily routine, concerning schizophrenia as well as psychiatric institution.

Key-words: schizophrenia, psycho pathology, psychiatric institution

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho se refere ao Estágio Supervisionado Básico II, que compreende desenvolver uma observação com interação frente ao paciente com quadro diagnóstico grave.

Além da sala de aula, nos reportamos a várias literaturas da área, o que fez com que nosso conhecimento se aprofundasse, não só na história da loucura no Brasil, como também na realidade atual, que, pouco alterou o passado.

O que devemos enfatizar é que, em essência, há um formidável esforço, nem sempre bem sucedido, mas sempre revelador, de perceber e lidar com um dos mais fascinantes enigmas da espécie humana.

Ao longo da História, na qual podemos enfatizar a época da Inquisição, em que se tratava a loucura como possível atenuante de heresias, definindo-a como enfermidade do miolo, frenesi, doença de aluados ou lunáticos. Já nessa época, havia uma distinção de doença mental e possessão, pois era considerado que, o erro era de fé, heresia, já que a criatura não perdia o siso, pelo contrario, fazia pactos com o demônio para benefício próprio e mal alheio.

Nessa época, quando se percebia que a pessoa era “doente dos miolos”, como era denominado na ocasião, o Santo Ofício mandava a pessoa para casa. Esse modelo perdurou até a chegada da República, quando uma legião de “doidos” curtia seus delírios tranqüilamente pelas ruas da Corte. Apenas os mais ricos trancafiavam seus doentes em casa, via de regra, em sótãos ou porões.

Durante os anos de 1830, os médicos acharam que era preciso um local para guardar os loucos, defendendo a idéia que aquilo era extremamente necessário para a integridade física da população, em 1841 foi assinado um decreto que liberou a construção do primeiro hospício no Brasil e em 1852, com muita pompa, aconteceu sua inauguração.

Segundo Barreto (1993) a partir daí, se deu uma avalanche de casas de manicômios e hospitais psiquiátricos espalhados pela Nação, onde não havia estrutura nenhuma para o atendimento adequado aos pacientes e muito menos às famílias dos mesmos. Tratamentos absurdos, desumanos, tratando-os como animais. Um relato dessas barbáries se dava no Hospício Pedro II, onde alguns pacientes eram submetidos a verdadeiras torturas, entre elas a aplicação de sanguessugas no ânus. Podemos notar que até hoje a Instituição não consegue tratar e nem curar seus pacientes, apenas exclui, o que além da dor da loucura soma-se a da exclusão.

No decorrer da História, devemos relatar a importância de alguns profissionais como Nise da Silveira, que foi a pioneira no Brasil a desenvolver o uso da arte como atividade terapêutica, provocando uma mudança significativa nos pacientes, pois exorcizam seus delírios em telas e esculturas; mais tarde alguns dos quadros pintados pelos pacientes tiveram seus valores reconhecidos internacionalmente.

Segundo Barreto (1993) tivemos muitos avanços, principalmente, a lei Antimanicomial, que visa a um tratamento mais humanitário e a extinção dos manicômios.

Gabbard (1998) sugere que Robbins, em 1992, apontou evidências de que a esquizofrenia é uma doença que envolve predisposição genética e requer ativação intrapsíquica e interpessoal. Assim, os fatores ambientais e psicológicos têm considerável importância para o desenvolvimento da esquizofrenia. Mesmo se não houvesse uma interação entre esses fatores, o perfil psicológico do esquizofrênico seria único e complexo.

Abreu, Brunstein e Souza (1998) consideram a esquizofrenia como uma doença cerebral, que configura um quadro neurológico de alterações estruturais em diferentes áreas cerebrais, especialmente do córtex límbico, de

origem pré e peri-natal, com sintomas que revelam perda da função e reação a esta perda. A esquizofrenia acarreta na vida do portador déficits de percepção, juízo crítico, pensamento, cognição e habilidades sociais e por conta disso, essas pessoas necessitam de intervenções em seu ambiente social, familiar e nas tarefas básicas do cotidiano, como por exemplo, o cuidado com a higiene e alimentação.

Para esses autores, as incapacidades pessoais e sociais, que resultam de estressores somados à vulnerabilidade biológica, são determinadas pela quantidade e tipo de estressores, pela rede de suporte social disponível e, ainda, pela capacidade social de resolver problemas objetivos da vida. Quando está em estado de equilíbrio, o esquizofrênico consegue um domínio razoável do ambiente e um bom controle da sintomatologia e, conseqüentemente, uma melhor adaptação. Porém, uma mudança pode provocar descompensação, exacerbação de sintomas, piora na adaptação e aceitação familiar. Assim, é fundamental conhecer a relação:

Agente estressante => Apoio social => Capacidade de manejo

Esta influencia na formação da doença, em sua descompensação e compensação, na concepção dos modelos de abordagem e se completa com a prescrição de drogas. Na esquizofrenia, são mobilizados aspectos preservados da personalidade de seu portador, para compensar a presença de uma alteração orgânica ou ambiental que causa a mudança de comportamento (ABREU, BRUNSTEIN e SOUZA, 1998).

2. A EXPERIÊNCIA EM SI

Em nosso Estágio em Instituição Psiquiátrica, tivemos contato com um paciente portador de Esquizofrenia Paranóide, do qual colocaremos um breve resumo de sua história, baseados nas anotações de seu prontuário.

NOME: "C.F.B."

DATA DE NASCIMENTO: 26/11/1965

DATA DA INTERNAÇÃO: 24/08/2005

DIAGNÓSTICO: F 20.0 (Esquizofrenia Paranóide)

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO: Risco aparente e mau cuidado familiar

MEDICAÇÕES INDICADAS: Amplictil – 100mg; Fenergan – 25 mg; Neusine – 25 mg; Aldol; Haloperidol; e Akneton.

OBSERVAÇÕES: esta é sua segunda internação nesse hospital, ambas por ordem judicial, solicitada pela família. Na primeira, ficou 120 dias como estabelecia o mandato. Saiu e houve tentativa de integração social. Então, foi devolvido à família para seguir tratamento ambulatorial, mas ele não retornou à consulta marcada. Por conta disso, uma equipe foi até sua casa e constatou que ele não estava fazendo uso correto da medicação e que sua mãe não é capaz de orientá-lo nessa tarefa, pois apresenta um rebaixamento intelectual. Além disso, essa equipe, também, verificou a precariedade da higiene em sua residência e que ele não dispunha de alimentação há 2 dias. Por isso, o paciente foi, novamente, internado com ordem judicial agora, por tempo indeterminado. O intervalo entre sua saída e volta ao Hospital foi de, aproximadamente, 3 dias e mesmo assim o paciente voltou totalmente delirante (delírios persecutórios e homicidas). Chegou ao Hospital algemado, com agitação psicomotora e agressivo, gritando com os policiais, falando sem parar. Foi para a U.C.E. (Unidade de Cuidados especiais)

No dia 25/08/2005, teve alta da U.C.E. Já estava mais calmo, consciente, orientado e com bom contato verbal. Apresentava megalgias e estava alimentando-se bem. Permaneceu bem, de acordo com os prontuários, até dia 01/10/2005, quando houve relato de confusão, porém continuou calmo.

O relato de 16/10/2005 é de paciente calmo, com bom contato verbal e sem queixas.

Dia 31/10/2005, entrou em surto. Apresentava delírios, alucinações, verborréia, agitação psicomotora e movimentos estereotipados.

Em nosso último encontro, dia 07/11/2005, o paciente apresentou-se ao atendimento calmo, tranqüilo, verborréico e com algumas idéias desconexas, portanto, fora do surto.

Esclarecendo a problemática relatada, apoiamo-nos na literatura sobre a esquizofrenia paranóide (F20.0):

é um quadro clínico dominado por delírios relativamente estáveis, com freqüência paranóides, usualmente acompanhado por alucinações, particularmente da variedade auditiva, e perturbações da percepção. Perturbações do afeto, volição e discurso e sintomas catatônicos não são proeminentes (CID-10, 1993, p. 88).

Ainda segundo o CID-10 (1993) são sintomas paranóide comuns:

a) delírios de perseguição, referência, ascendência importante, missão especial, mudanças corporais ou ciúmes;

b) vozes alucinatórias que ameaçam o paciente ou lhe dão ordens ou alucinações auditivas sem conteúdo verbal, tais como assobios, zumbidos ou risos;

c) alucinações olfativas ou gustativas, de sensações sexuais ou outras corporais; alucinações visuais podem ocorrer, porém, raramente, são predominantes.

Transtornos do pensamento podem ser óbvios em estados agudos, mas não impedem que os delírios e as alucinações típicas sejam descritos claramente. O afeto está, geralmente, menos embotado que em outros estados de esquizofrenia, porém um grau menor de incongruência é comum, assim como o são perturbações do humor, tais como, irritabilidade, raiva repentina, receio e suspeita. Sintomas “negativos”, tais como embotamento afetivo e comprometimento da volição, estão freqüentemente presentes, porém não dominam o quadro clínico (CID-10, 1993, p. 88).

Ainda, consta no CID-10 (1993) que o curso da esquizofrenia paranóide pode ser episódico, com remissões parciais ou completas, ou crônico. Nos casos crônicos, os sintomas persistem por anos e é difícil distinguir episódios bem delimitados. O começo tende a ser mais tardio do que nas formas hebefrênica e catatônica.

Para o diagnóstico, devem ser considerados os critérios gerais descritos acima. Em adição, alucinações e/ou delírios devem ser proeminentes e perturbações do afeto, da volição e da fala e os sintomas catatônicos devem ser relativamente difíceis de perceber. As alucinações serão normalmente do tipo descrito em “b” e “c” (anteriormente referidos). Os delírios podem ser de quase qualquer tipo, mas os de controle, influência ou passividade e crenças persecutórias de vários tipos são os mais característicos. Pode incluir a esquizofrenia parafrênica e para um diagnóstico diferencial é importante excluir psicoses epilépticas e induzidas por drogas e lembrar que os delírios persecutórios podem receber pequeno peso diagnóstico em pessoas de certos países e culturas. Ainda, exclui o estado paranóide involutivo (F22.8) e a paranóia (F22.0) (CID-10, 1993, p. 89).

Chabert (1993, p. 157) caracteriza a esquizofrenia paranóide, mais especificamente a esquizofrenia pela ruptura com o real, funcionamento dissociado, falta de identificação fundamental, fragilidade da representação de si e os vazamentos reincidentes dos quais ela é objeto; e, no que concerne a paranóia, cita os pensamentos delirantes, a riqueza associativa, o surgimento e invasão dos processos primários, que tomam conta constantemente da consciência. O processo paranóide marca o funcionamento psíquico com uma loucura invalidante, pois impede o pensamento de se desenvolver livre das contaminações mórbidas, que se misturam a todas as condutas afetivas, intelectuais ou adaptativas. Por outro lado, esse processo permite manter uma vida psíquica que, apesar da patologia, faz o paciente existir numa atividade representacional e de pensamento.

A esquizofrenia faz parte dos transtornos psicóticos. A psicose, por sua vez, difere da neurose, principalmente em três aspectos: na psicose a regressão é mais severa, os conflitos relacionados à agressão são mais intensos e os distúrbios de funcionamento do Ego e Superego são mais agudos. “A fantasia onipotente de salvar o paciente da esquizofrenia é fadada ao fracasso” (GABBARD, 1998, p. 144).

É útil, segundo Gabbard (1998), descrever a sintomatologia do transtorno, dividindo-a em três grupos, que se sobrepõe: 1) sintomas positivos:

incluem distúrbios do conteúdo do pensamento, da percepção e manifestações comportamentais que se desenvolvem num curto espaço de tempo e com freqüência, acompanhando um episódio psicótico agudo; estão relacionados a uma ruptura precoce e severa do ambiente familiar (fatores externos); 2) sintomas negativos: caracterizados pela ausência da função, incluindo afeto plano, pobreza de pensamento, apatia e anedonia; estão ligados a fatores genético-biológicos; e 3) relacionamentos pessoais desordenados: incluem o isolamento, expressões inadequadas de agressão e sexualidade, falta de consciência das necessidades dos outros, solicitações excessivas e incapacidade de fazer contatos significativos com outras pessoas; todo paciente esquizofrênico tem problemas nas relações pessoais.

É possível perceber, através da descrição do paciente por nós observado e da breve literatura descrita, que a teoria se aplica a prática, ou seja, pudemos perceber a maioria dos sintomas descritos na literatura manifestados em nosso paciente, como : delírios, alucinações, relacionamentos pessoais desordenados, pensamentos cindidos, persecutoriedade.

Para o tratamento da esquizofrenia, as abordagens psicodinâmicas são componentes essenciais como ferramenta de trabalho do clínico. Combinada com farmacoterapia dinâmica, terapia individual, terapia de grupo, abordagens familiares e tratamento hospitalar de orientação dinâmica, responde com sucesso às necessidades da maioria dos esquizofrênicos. Segundo Abreu, Brunstein e Souza (1998) há uma grande variedade de tratamentos psicossociais, de diferentes orientações teóricas, como: treinamento de habilidades sociais, psicoterapia em grupo, intervenções de apoio, gerenciamentos de casos e intervenções familiares, descritas abaixo.

Treinamento de habilidades sociais: é uma forma de terapia comportamental que visa a moldar, gradualmente, o comportamento do paciente, por aproximações sucessivas da habilidade desejada, para melhorar as capacidades em lidar com as situações sociais. Em conseqüência, produz melhora em comportamentos específicos e na autopercepção, reduz sintomas e produz adaptação social.

Intervenções de apoio: enfatizam a escuta empática, resolução ativa dos problemas do dia-dia, e a educação do paciente a respeito da doença, dos fatores de risco para recaídas e do tratamento; propõem que a relação terapêutica pode auxiliar o paciente a reconhecer e lidar com o estresse que pode agravar o quadro da doença, e que através dessa relação ocorre um contato mais estreito entre paciente e terapeuta, aconselhamento sobre questões práticas e apoio emocional.

Intervenções de grupo: proporcionam aos pacientes oportunidade de apoio mútuo, troca de experiências, prática em habilidades sociais, discussão acerca da doença e treinamento em resolução de problemas. O terapeuta funciona como um facilitador, encorajando o aprendizado, apoio e mudanças.

Gerenciamento de casos: objetiva reduzir as deficiências sociais através do acesso aos recursos terapêuticos; busca manter o paciente em seu ambiente, facilitando sua recuperação e adaptação, sua participação na comunidade e seu crescimento pessoal.

Intervenção em família: realizada, preferencialmente, por meio de grupos multifamiliares. Estes fortalecem o sistema de suporte social, reduzindo o isolamento, os sentimentos de culpa e a estigmatização. Nesses grupos são abordadas questões como: a importância da medicação, manejo de situações problema, e a educação a respeito da doença; busca-se promover a discussão conjunta de uma situação problema envolvendo o paciente e auxiliar na montagem de um plano realista para o manejo dessa situação. Também, é essencial para melhorar a dinâmica familiar, trabalhar com a redução da emoção expressa (EE). Esta diz respeito a tendência da família em se tornar muito crítica e superenvolvida em momentos de conflito.

Mesmo assim, não podemos afirmar que há um tratamento pronto, fechado para a esquizofrenia, pois ela é uma doença heterogênea, com manifestações clínicas que se modificam, rápida e facilmente. Dessa forma, toda intervenção terapêutica deve ser adaptada às necessidades individuais do paciente (GABBARD, 1998). No tratamento de esquizofrênicos, somente a psicoterapia, por mais eficaz que seja, não basta. É imprescindível que se some a ela a administração de medicamentos eficientes. Entretanto, só

intervenção medicamentosa não pode ser pensada como exclusiva num tratamento em longo prazo. Assim, se faz necessário abordar a farmacologia e, por conseguinte, destacar alguns tipos de medicação, como a neuroléptica, que revolucionou o tratamento de esquizofrênicos crônicos, os quais sem ela, estariam destinados à internação vitalícia. Também, a eficácia dos antipsicóticos no manejo dos sintomas positivos da esquizofrenia, é comprovada por estudos científicos. Sua importância é evidente, já que controlar esses sintomas é condição essencial para o tratamento. A medicação protege o paciente da estimulação excessiva, reduzindo a inquietação. Quando por algum motivo a medicação é suspensa, há possibilidade de recaída (ABREU, BRUNSTEIN e SOUZA, 1998; GABBARD, 1998).

Gabbard (1998) aponta para o fato de que pacientes esquizofrênicos são, geralmente, difíceis de se engajarem em um processo psicoterapêutico. O autor explana sobre formas de tratamento, como a psicoterapia individual, na qual coloca princípios de técnica que podem orientar terapeutas de pacientes esquizofrênicos, como: o principal foco deve ser sobre a formação de uma relação; o terapeuta deve ser flexível quanto à forma e conteúdo da terapia; para que a psicoterapia prossiga, deve haver uma distância confortável entre terapeuta e paciente, necessária para liberar o esquizofrênico de tensão e ansiedade e para permitir o silêncio; deve criar um ambiente acolhedor; o terapeuta deve servir como um “continente” para o paciente, aceitando a projeção de conteúdos perturbadores nele, que geralmente é necessidade do esquizofrênico; ele deve servir ainda como um ego auxiliar para o paciente, já que os esquizofrênicos possuem ego fraco; o terapeuta deve ser genuíno e aberto com o paciente, deve preterir a interpretação até que a aliança terapêutica seja solidificada; deve, ainda, manter o respeito pela necessidade do paciente estar doente.

Gabbard (1998) aborda a opinião de pacientes esquizofrênicos sobre a psicoterapia individual:

os pacientes comentam sobre a importância de terem uma figura consistente em suas vidas, que está presente em

quaisquer adversidades ao longo de muitos anos. Esses pacientes transmitem como as experiências subjetivas de si mesmo e de suas vidas foram significativamente alteradas por uma relação psicoterapêutica a longo prazo [...] Nas palavras de um paciente (Anônimo, 1986) “Um ego frágil deixado só permanece frágil. A medicação ou o apoio superficial isolado não substituem o sentimento de ser entendido por outro ser humano” (p. 144).

No caso da psicoterapia de grupo, o autor considera que pode ser eficaz, somente depois que os sintomas positivos estiverem controlados e que apresenta melhores resultados com pacientes crônicos do que com agudos.

Também, é necessária uma intervenção familiar eficiente, pois esta auxilia até mesmo na prevenção de recaídas. Quanto ao tratamento hospitalar, este pode ser breve ou prolongado. O primeiro caso é indicado para pacientes com crise aguda e seu efeito é contra-regressivo. O segundo é destinado àqueles pacientes que recusam medicação ou não respondem a ela; são autodestrutivos ou suicidas, agressivos com os outros e não têm apoio ou outro sistema de suporte familiar para ajudá-los a lidar com as adversidades da vida diária. Essa hospitalização prolongada faz com que o paciente, por meio da identificação projetiva, tente restabelecer seu mundo objetal interno (GABBARD, 1998).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseados nesse referencial, utilizaríamos, para tratar um esquizofrênico, ou para qualquer outro paciente com déficit cognitivo, a abordagem de intervenção psicossocial, pois segundo Abreu, Brunstein e Souza (1998), esta pode reduzir as internações e aumentar as habilidades dos pacientes e familiares em lidar com problemas diários. Muitos desses déficits apontam para fenômenos cognitivos que o paciente pode aprender a compensar, se for

adequadamente treinado, através de, por exemplo, o treinamento de capacidade operativa.

No caso específico da esquizofrenia paranóide, doença que acomete o paciente observado por nós, os autores supracitados, esclarecem que, além de exibir sintomas produtivos e delírios paranóides, esse tipo de paciente pode ainda, apresentar ansiedade, insônia e externalização excessiva de culpa. Portanto, é importante atentar para as seguintes técnicas de manejo: sentar lado a lado com o paciente, evitando o contato visual direto, para que a posição não seja ameaçadora; falar de forma indireta; fazer com que o paciente se sinta compreendido por meio da reciprocidade emocional; buscar algum ponto da crença do paciente baseada em seus sintomas psicóticos que seja possível de se acreditar, para concordar com esse ponto e, a partir disso, abrir caminho para uma explicação menos paranóide dos eventos; e, em primeiro lugar, estabelecer uma aliança terapêutica com paciente, para depois introduzir a psico-educação, pois, assim, evita-se resistências.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, P. B. de; BRUNSTEIN, M. G.; SOUZA, S. Abordagens psicossociais para pacientes severamente incapacitados (esquizofrenia e demência). In: CORDIOLI, A. V. (Org.) **Psicoterapias: abordagens atuais**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 425-439.

BLEGER, J. **Psico-higiene e psicologia institucional**. Porto Alegre: Artmed, 1984.

BLEGER, J. **Temas de psicologia: entrevista e grupos**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

BARRETO, L. **Diário do hospício/O cemitério dos vivos**. Rio de Janeiro: Biblioteca Carioca, Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 1993.

CHABERT, C. **A psicopatologia no exame de Rorschach**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas - Coord. Organiz. Mund. Da Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GABBARD, G. O. **Psiquiatria Psicodinâmica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

SILVEIRA, N. **O mundo das imagens**. São Paulo: Atica, 1980.

E-MAIL PARA CONTATO:

Thaise Beluci: thaisebeluci@gmail.com

Marcelo Márcio Ramalho: ramalho30@ig.com.br