

**UNIJUI - UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO
GRANDE DO SUL**

GABRIELA KRÜGER

O SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ESQUIZOFRENIA

Ijuí (RS)

2011

GABRIELA KRÜGER

O SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ESQUIZOFRENIA

Trabalho de pesquisa supervisionado II apresentado no DFP - Departamento de Filosofia e Psicologia da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ, como requisito para a obtenção do título de Psicólogo.

Prof (a): Ana Dias

Ijuí (RS)

2011

A banca examinadora abaixo assina e aprova o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado como:

O SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ESQUIZOFRENIA

Elaborado por **GABRIELA KRÜGER**

e apresentado ao DFP – Departamento de Filosofia e Psicologia da UNIJUI - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul para a obtenção do título de Psicólogo.

Ijuí (RS), 01 de Agosto de 2011

Ana Dias
Professora - Orientadora

Sônia Fengler
Professora – Banca examinadora

DEDICATÓRIA

Ao meu pai Enio Krüger e a minha mãe Claudete Krüger por terem acreditado, por me estimularem a essa etapa da minha vida, por terem dedicado suas vidas a mim. Dedico ainda a minha irmã Grasiela Krüger e ao meu irmão Sullivan Alcides Krüger, a minha vó Erna Weber (in memoriam) por me incentivarem nessa etapa vencida. Dedico-lhes esta conquista com muita gratidão.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a DEUS, aos meus pais, meus irmãos, a minha vó, que não mediram esforços para me ajudar em todos os momentos, estando sempre do meu lado nas alegrias, nas conquistas, nas dificuldades, nos meus medos, pelo carinho e incentivo a luta.

A minha orientadora Ana Maria de Souza Dias que tanto me ajudou para que este trabalho se concretizasse, pela atenção, dedicada, e paciência nos momentos difíceis pelos quais passei.

A todos agradeço e quero dividir minha alegria, pois sem vocês eu não estaria onde estou agora.

O SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ESQUIZOFRENIA

GABRIELA KRÜGER

Orientadora: Ana Dias

RESUMO

Esta pesquisa apresenta como tema “O sofrimento psíquico na esquizofrenia”, tem como objetivo diferenciá-lo nas áreas da psiquiatria e da psicanálise. No decorrer desta pesquisa será exposta a história da esquizofrenia, justamente com seus precursores, as características gerais com suas causas e sintomas, a etiologia da doença juntamente com as suas consequências e suas classificações encontradas na literatura especializadas. A esquizofrenia é um transtorno psicótico que atinge tanto homens quanto mulheres em idade jovem, causando uma desorganização psíquica severa, comprometendo a vida social e produtiva do indivíduo portador desta doença. No “olhar” de Freud sobre a esquizofrenia será introduzido o trabalho do autor, já que na psicanálise, a esquizofrenia é uma psicose. O trabalho inicial de Freud sobre as psicoses demonstra uma elaboração do modelo de funcionamento do aparelho psíquico capaz de dar conta dos fenômenos normais quanto dos patológicos. Assim, o funcionamento patológico se caracteriza pela má gestão dos recursos psíquicos diante da mesma problemática que a mente normal consegue resolver satisfatoriamente. Desta forma, a leitura freudiana aponta para uma longa e complexa construção de conceitos na tentativa de esclarecer o referido quadro clínico.

Palavras-Chaves: esquizofrenia, psiquiatria, psicanálise, psicose.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ESQUIZOFRENIA	10
1.1 O sofrimento psíquico	10
1.2 A abordagem psíquica da esquizofrenia.....	14
1.2.1 A evolução do conceito	14
1.2.2 Características gerais	16
1.2.3 Classificação	19
1.2.4 Diagnóstico	22
1.3 Avaliações complementares	23
1.4 Diagnóstico diferencial: Distúrbios mentais orgânicos	24
1.4.1 Distúrbio afetivo	25
1.4.2 Distúrbio esquizoafetivos	26
1.4.3 Distúrbio esquizoareniforme	26
1.4.4 Distúrbios paranóides	27
1.4.5 Psicose reativa breve	27
1.4.6 Distúrbio de personalidade	27
1.5 Epidemiologia	28
1.6 Fatores de risco	28
2 O OLHAR DE FREUD SOBRE AS PSICOSES	32
2.1 O trabalho inicial de Freud sobre as psicoses	32
2.2 Um mecanismo específico das psicoses	40
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo principal abordar o sofrimento psíquico na esquizofrenia nas áreas da psiquiatria e psicanálise. Culturalmente a esquizofrênico representa a figura do “louco”, pois causa muita estranheza na sociedade devido à sua dificuldade de seguir a realidade reconhecida por todos. Desta forma, ao menosprezar a razão e não poder escapar de suas fantasias, fica impedido de atender as exigências da vida e da realidade.

O interesse em pesquisar e desenvolver esta temática surgiu a partir das aulas dadas pela professora de psicofarmacologia, no próprio curso de Psicologia da Unijui. A partir daí comecei a me questionar sobre a diferença entre a esquizofrenia na psiquiatria e a esquizofrenia na psicanálise, levando em conta as suas teorias.

Para a realização deste estudo, o presente trabalho está previsto para estruturar-se em dois capítulos. No primeiro capítulo tem-se o objetivo de apresentar as concepções psiquiátricas na doença, mas é necessário introduzir o tema com algumas idéias que cercam a concepção de loucura. Desta forma, o 1º sub-capítulo apresenta a questão do sofrimento psíquico, a discussão sobre o que é normal e o que pode ser considerado patológico e ainda um breve histórico sobre a loucura, logo após, o trabalho enfoca diretamente o assunto da esquizofrenia na abordagem psiquiátrica. Para o desenvolvimento desse capítulo utilizaremos autores que trabalham com a abordagem psiquiátrica, como Pereira Osvaldo de Almeida, Alves Cilener, Silva Maria.

É importante mencionar que em certos momentos da vida o sujeito vive diversas situações que causam sofrimento intensos. Tudo pode iniciar com pensamentos negativos dentro de si, com o sujeito não conseguindo, muitas vezes, suportar. Essas situações podem surgir quando o sujeito perde alguém muito próximo a si ou um ente muito querido em situação altamente estressante, em que o mesmo se vê envolvido com muitas dúvidas, não tendo coragem e nem possibilidade de resolver sozinho estas questões. Nesta situações, o apoio da família e dos amigos pode ser suficiente para o sujeito passar pelo sofrimento e conseguir reassumir sua vida. Outras vezes o sujeito precisa de tratamento para resolver seu sofrimento.

Entretanto, algumas pessoas apresentam transtornos psíquicos que afetam a própria pessoa e os outros que estão ao seu redor. Estes necessitam das mais variadas formas de tratamentos, indicados tanto pela psiquiatria, como pela psicologia.

A esquizofrenia é a doença que mais desperta o interesse na área psiquiátrica. Trata-se de um distúrbio frequente e que afeta mais de 1 % da população em diferentes culturas. Além

de ser bastante comum, esta doença é também uma das que mais debilita. É crônica, e, em geral, é altamente incapacitante, sendo que para o tratamento psiquiátrico o alívio dos sintomas psicóticos pode ser buscado através de medicamentos antipsicóticos.

A esquizofrenia apresenta igual prevalência em homens e mulheres. No entanto, os dois sexos mostram diversas diferenças no início e curso da doença. Nos homens, a patologia instala-se mais precocemente, se comparada com as mulheres. Apenas um terço das mulheres esquizofrênicas tem a sua primeira internação psiquiátrica antes mesmo de completar vinte e cinco anos de idade; já nos homens, é um pouco mais precoce, pois tem o seu pico com quinze, até vinte e cinco anos de idade; e de vinte e cinco a trinta e cinco anos de idade. O início dessa patologia antes dos dez anos ou após cinquenta anos de idade é extremamente rara. Cerca de noventa por cento dos pacientes esquizofrênicos tem entre quinze e cinquenta e cinco anos de idade. Há estudos que indicam que os pacientes do sexo masculino, ao contrário das mulheres, estão mais propensos a possuírem os sintomas negativos. As mulheres estão mais propensas a terem um melhor funcionamento social, e, em vista disso, obterem um melhor resultado.

O segundo capítulo abordará o “O olhar de Freud na esquizofrenia”, onde será introduzido o trabalho de Freud na psicose, já que na psicanálise, a esquizofrenia é uma psicose. Desta forma, o 1º sub-capítulo traz o trabalho inicial de Freud sobre as psicoses, onde se apresenta inicialmente uma elaboração do modelo de funcionamento do aparelho psíquico capaz de dar conta dos fenômenos normais quanto dos patológicos. Assim, o funcionamento patológico se caracteriza pela má gestão dos recursos psíquicos diante da mesma problemática que a mente normal consegue equacionar satisfatoriamente. Traz também conceitos que foram sendo criados (como desejo, defesa, neuropsicose) para entender as psicoses.

A partir da construção do conceito de aparelho psíquico, da teoria da libido e dos mecanismos de recalçamento, Freud identificou muitos quadros clínicos. Mas, segundo Chemana (1995), há menos trabalhos teóricos do pai da Psicanálise sobre a esquizofrenia.

É verdade que, mesmo assim, os trabalhos mais desenvolvidos sobre o tema foram produzidos quando Freud escreveu sobre o narcisismo (investimento em si mesmo) e quando reuniu diversos artigos retomando concepções já construídas anteriormente. Esta reunião de trabalhos, feitas em 1915, é chamada de metapsicologia.

O 2º sub-capítulo destacará um mecanismo específico das psicoses, quando que nos fenômenos de afastamento do mundo para o psicótico há o processo delirante, o qual parece ser o aspecto mais patológico da doença. Para Freud, o delírio consiste em uma tentativa

espontânea da cura por parte do psicótico. Como 3º sub-capítulo, esta monografia trará algumas questões relacionadas ao conceito de sintomas, aqui especificadamente tratando da esquizofrenia.

Para o desenvolvimento desse segundo capítulo utilizaremos como principal referência o autor Freire Muniz, e seu livro “A escrita psicótica”.

1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ESQUIZOFRENIA

1.1 O sofrimento psíquico

Em certos momentos da vida o sujeito vive diversas situações que causam sofrimentos intensos. O sujeito tem pensamentos negativos dentro de si, não conseguindo, muitas vezes, suportar. A situação pode fugir de seu controle. Essas situações podem surgir quando o sujeito perde alguém muito próximo a si ou um ente muito querido em situação altamente estressante em que o mesmo se vê envolvido com muitas dúvidas, não tendo coragem e nem possibilidades de resolver sozinho estas questões.

O sujeito procura uma separação do seu sofrimento tentando re-estabelecer as situações de sua vida pessoal, adequando-as a seu equilíbrio psíquico e emocional, almejando à rotina anterior ao que o abalou. Mesmo o sofrimento sendo intenso não é possível falar de doença nessas situações. A questão é ter um cuidado de não tornar o sofrimento maior do que já é. Em situação como essa, o sujeito necessita de apoio da sua família, amigos, colegas de trabalho, que este grupo seja compreensivo, cauteloso com o seu sofrimento e com suas dificuldades, não o excluindo e não o discriminando, porque, ocorrendo isso, o seu sofrimento será maior.

Caso o apoio dos que cercam este sujeito não seja suficiente, os responsáveis deverão levá-lo a um tratamento ou ajuda psicoterápica, para dar suporte na compreensão do conteúdo interno que lhe causa o transtorno. Isto vai levar o sujeito reorganizar-se pessoalmente quanto a seus valores e projeto de vida; o fará apreender e conviver com a perda (luto) e a frustração. Na compreensão do sofrimento psíquico fica claro que o critério de avaliação do sujeito é o seu próprio mal-estar psicológico, quer dizer, o é em relação a si próprio, com a sua estrutura psicológica e não com relação ao critério de adaptação social.

Este sujeito que tem essa espécie de sofrimento pode, perfeitamente, adaptado a vida social, continuar a responder a toda expectativa que se coloca para ele, além de continuar com as suas responsabilidades. Ao mesmo tempo pode-se ter um outro sujeito, sendo considerado socialmente não-adaptado, excêntrico, diferente, que não vivencia neste momento de sua vida nenhum sofrimento ou mal-estar relevante. O sujeito tem condições de lidar com conflitos intensos encontrando modos de produção que canalizem este mal-estar de forma criativa e produtiva.

É claro que não se pode estabelecer uma relação de causa e efeito entre ambos. Isso torna questionável a utilização exclusiva de critérios de adequação social para a avaliação psicológica do indivíduo enquanto normal ou doente.

Abordar a questão da doença mental no enfoque psicológico significa levar em conta o produto de interação das condições de vida social com a trajetória específica do sujeito com sua estrutura psíquica. Podemos ressaltar as condições externas como poluição sonora e visual intensas, condições de trabalho estressantes, trânsito crítico, índices de criminalidade, excesso de apelo de consumo, perda de um ente muito querido, etc. Estes fatores devem ser considerados como fonte desencadeadora da doença mental ou propícia a saúde mental, isto é, dando possibilidade de realização pessoal do indivíduo em todos os aspectos de sua capacidade.

Segundo Bock (1999), a abordagem psicológica encara os sintomas da doença mental como uma desorganização da personalidade. A doença instala-se na personalidade do sujeito que tem duas conseqüências, tais quais: uma, a alteração de sua estrutura e a outra, um desvio progressivo em seu desenvolvimento.

Nesta direção, pode-se dizer que as doenças mentais definem-se a partir do grau de perturbação da personalidade, isto é, o grau de desvio do que é considerado como comportamento considerado padrão ou com personalidade normal. Neste caso, a psicose é considerada como distúrbio de personalidade total, que tem um aumento dos aspectos afetivos do pensamento e da percepção de si mesmo e do mundo. Já, a neurose, refere-se a distúrbios no aspecto da personalidade, por exemplo, permanece associada à capacidade do pensamento de estabelecer relações afetivas. A sua relação com o mundo encontra-se alterada como no caso do sujeito que tem um medo intenso de cachorro e não consegue nem passar a mão em um ursinho de pelúcia.

Já na abordagem da psiquiatria básica, consideram-se os sintomas como sinais de um distúrbio orgânico, quer dizer, que a doença mental é igual à doença cerebral. Sua origem é de dentro do organismo e refere-se a alguma lesão de natureza anatômica ou a distúrbios fisiológicos cerebrais. O sintoma surge e sustenta-se no orgânico, nesse caso, existem mapas cerebrais que têm sua localização em certas áreas cerebrais, com a função sensorial, motora e afetiva de inteligência.

Nesse caso, a doença e os quadros patológicos são exaustivamente descritos no sentido e na área que o distúrbio pode apresentar ou afetar. Se a doença mental é simplesmente de causa orgânica, ela será tratada com medicamentos e produtos químicos, se ocorrer casos

graves pode-se recorrer a internação psiquiátrica para uma administração controlada e intensiva do medicamento.

Bock (1999) comenta que: levando-se em conta a abordagem psicológica encara os sintomas e, portanto, a doença mental, como desorganização da personalidade. Portanto a doença instala-se na personalidade e leva a uma alteração de sua estrutura ou a um desvio em seus desenvolvimento. Desta forma, as doenças mentais definem-se a partir do grau de perturbação da personalidade, isto é, do grau de desvio do que é considerado como comportamento padrão ou como personalidade normal.

A sociedade se depara com uma complicação: o conceito do que é normal e do que é patológico é extremamente relativo. No ponto de vista cultural, o que é em uma sociedade considerado normal, adequando-se em outra sociedade ou até em outro momento histórico, como anormal, orgânico ou patológico.

A questão de normalidade regula o poder que as ciências têm de diagnosticar e fornecer a fórmula e o destino do sujeito rotulado. Isso pode causar vários danos ou perdas, tais como: não passar pela seleção de um emprego, perder o pátrio poder sobre os filhos, ter um reconhecimento ou até ser chamado de louco pela sociedade.

O poder atribuído à ciência e aos profissionais tem que ser questionado pelo motivo de ser incompleto e polêmico, pelo motivo de ser baseado num conjunto de conhecimentos incompletos. Até porque o médico ou o psicólogo, como cidadão, representantes da cultura ou da sociedade, acabam por patologizar o comportamento que se caracteriza através da transgressões das condutas morais que não são consideradas desvios na sociedade.

Há aspectos conhecidos referentes ao uso da psiquiatria ou do rótulo de doença mental com fins políticos. O saber científico e as suas técnicas surgem e querem manter uma determinada ordem social. Nesse caso, o uso do hospital psiquiátrico retira a possibilidade do discurso do sujeito que contesta esta ordem transformando-o em louco.

Segundo a autora citada, o sujeito pode apresentar diversas manifestações, tais como:

vê o diabo, tem um medo intenso de sair de casa, não consegue dormir de noite, não articula com lógica um raciocínio sobre determinado assunto; tem intermináveis monólogos com figuras ou objetos imaginários utilizando fases desconexas, ouve vozes que o aconselham e o apavoram e muitos outros sintomas. Esses sintomas são agrupados de várias formas e têm a sua identificação clínica e a nomenclatura de doenças dos nervos, anorexia, distúrbio de pânico compulsivo, psicose, síndrome do pânico e psicostania (BOCK, 1999, p. 348).

O filósofo francês, Michel Foucault, (1926 /1984) foi muito importante na construção do conceito de doença mental. Seu trabalho teve como base os documentos encontrados em

arquivos de prisões, hospitais e hospícios. O século XVI, foi um período no qual o louco vivia solto, errante, expulso das cidades, entregue aos peregrinos, visto como um ser de saber esotérico sobre os homens e o mundo, um saber cósmico que revelava verdades secretas. Ainda nessa época, loucura tinha outro significado “ignorância, ilusão, desregramento de conduta, desvio moral.” A loucura era vista como uma oposição à razão; estava colocada como uma instância da verdade e moralidade. Os casos de internação da loucura em hospitais psiquiátricos eram raros, e, quando acontecia isso, o tratamento era o mesmo aos demais doentes como sangrias, purgações, ventosas e banhos.

No século XVII e XVIII, os critérios para definir a loucura não dependiam da ciência médica. Esta designação era atribuída à instituição da igreja, à justiça e à família, pois tinham no indivíduo os critérios que se referiam à transgressão da lei e da moralidade.

No final do século XVII (1656), foi criado, em Paris, o hospital geral. Neste hospital iniciou-se uma grande internação. A população internada era heterogênea, embora agrupada em quatro grandes categorias: as devassas (doenças venéreas), as feiticeiras (profanadoras), as libertinas e os loucos.

O hospital geral não era uma instituição médica, mas sim assistencial. Não havia tratamento. Os loucos eram vistos como doentes, por isso, integravam um conjunto composto por todos os segregados de sociedade. O critério da exclusão baseava-se na inadequação do louco à vida social. Neste período estava em construção o conhecimento médico sobre a loucura, é claro, da época, que tem como módulo a história natural e o seu método classificatório (a descrição e a taxonomia da estrutura visível das plantas e animais eram feitas com a finalidade de estabelecer semelhanças e diferenças). Então essa classificação não conseguia atingir a complexidade de manifestação da loucura.

A partir da metade do século XVIII, deu-se início as reflexões médicas e filosóficas que se voltaram para o interior do próprio homem, como perda da natureza ao que é do próprio homem, como a alienação. No final do século XVIII, e início do século XIX, começa a Modernidade. Criou-se a primeira instituição destinada exclusivamente à reclusão dos loucos: o asilo. Segundo Bock “A mentalidade da época considera injusto para com os demais presos a convivência como os loucos” (1999, p.350).

No asilo, o método terapêutico utilizado era a religião, o medo, a culpa, o trabalho, a vigilância e o julgamento. O médico tem o papel da autoridade máxima. A ação da psiquiatria era moral social; quer dizer que sua função estava voltada para a normalidade do louco.

Deu-se o início da medicalização. A cura da doença mental, o novo estatuto da loucura ocorreria a partir de uma liberdade vigiada e no isolamento. A partir daí estava preparado o caminho para o surgimento da psiquiatria.

1.2 A abordagem psiquiátrica da esquizofrenia

A esquizofrenia é a doença que mais desperta o interesse na área psiquiátrica. Trata-se de um distúrbio freqüente e que afeta mais de 1% da população em diferentes culturas, além de ser bastante comum, esta doença é também uma das que mais debilita.

Indivíduos são acometidos já na sua adolescência ou no início da sua vida adulta, tornando-se parcial ou completamente inválidos, improdutivos e dependentes da família e da sociedade como um todo. A demanda de serviço a serem prestados a esta população é grande e tem um custo humano e financeiro decorrentes.

Após oitenta anos de o termo esquizofrenia ter sofrido uma divisão entre as funções do pensamento, da afetividade e do comportamento, ainda hoje a delimitação da doença, como entidade única, continua sendo difícil dada à heterogeneidade de suas formas de apresentação. Não há, na esquizofrenia, uma característica nuclear essencial. Portanto, não se tem um consenso quanto à etiologia da doença, apesar de estarem estabelecidos os aspectos, como, por exemplo, o uso de psicofármacos em seu tratamento.

1.2.1 A evolução do conceito

As psicoses idiopáticas¹ caracterizadas principalmente por alteração crônica do pensamento e embotamento emocional com perdas de contacto com a realidade, denominam-se esquizofrenia. Podem causar um disfuncionamento social crônico, muitas vezes associados a ilusões paranóides² e alucinações auditivas³.

No final de século XIX, a esquizofrenia começou a ser definida com mais clareza pelo psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1856/1926) como uma doença grave que tem a sua evolução de uma forma crônica e produz alteração progressiva da capacidade intelectual

¹ Este termo refere-se a um objetivo usado primeiramente na medicina significando o surgimento espontaneamente ou de causa obscura ou desconhecida (<<http://pt.wikipedia.org/wiki/idiop%C3%A1tico>>. Artigo do dia 26/06/2010).

² Este termo refere-se a ilusões e alucinações pronunciadas sobre perseguições de grandiosidade (grandeza) que dominam a atenção de pessoas (DAVIDOFF, 2001, p. 576).

³ Este termo refere-se a manifestações sob a forma de vozes diálogos, que são capitados com perfeição e clareza (PAIM, 1978, p. 108.)

durante a juventude ou início da fase adulta. Sendo que essa patologia foi denominada, inicialmente, demência precoce. Na primeira década do século XIX, o psiquiatra suíço Eugen Bleuler (1857/1939) observou principalmente fragmentações do pensamento e das emoções durante os surtos agudos da demência precoce. Essa observação fez com que Bleuler substituísse o nome desta condição por esquizofrenia, de “esquizo”-cisão e “frenia”- mente.

O termo foi usado em uma época em que a esquizofrenia tinha uma ampla conceitualização diagnóstica. Esta, caracteriza-se por uma perda gradual e insidiosa do impulso e ambição. Os pacientes com o transtorno, em geral, não eram plenamente psicóticos, nem experimentavam alucinações ou delírios persistentes. O sintoma primário é o retraimento do paciente de situação sociais e ocupacionais. A síndrome pode refletir depressão, fobia, demência ou uma exacerbação de traços da personalidade. O médico deve certificar-se de que o paciente, de fato, reúne os critérios para a classificação da doença antes de fazer o diagnóstico (KAPLAN, 2002).

Em 1980, foi proposto por Crow uma classificação dos pacientes esquizofrênicos em tipo I e tipo II. Embora esse sistema não fosse aceito como parte da classificação do DSM-IV, a distinção clínica desses dois tipos influenciou significativamente as pesquisas psiquiátricas. Os pacientes do tipo I tem principalmente sintomas positivos (ou produtivos), estruturas cerebrais normais e respostas relativamente boas ao tratamento. O paciente do tipo II apresentam, principalmente, sintomas negativos (ou deficitários), anormalidades nas estruturas cerebrais vistas em TC (Tomografia Computadorizada) e fracas respostas ao tratamento.

Em 1911, Eugen Bleuler introduziu o termo esquizofrenia, acreditando que este reflete de forma mais adequada a doença do que o termo “dementia praepelin”. Descreveu a esquizofrenia como um grupo de transtornos caracterizados por alucinações, delírios, desorganização do pensamento em pacientes jovens previamente saudáveis. Ele não aceitava a designação “demência”, uma vez que muitos pacientes não apresentavam deterioração, ou, quando isso ocorria, dava-se tardiamente na evolução do transtorno.

Kurt Schneider (1887/1967) preocupou-se em tornar mais válidas as informações da classificação de doenças mentais e, em particular, da esquizofrenia. Partindo de observações clínicas, Kurt identifica um grupo de sintomas (chamados de sintomas de primeira ordem) que seriam característicos da esquizofrenia e só raramente encontrados em outros transtornos mentais.

Sintomas de primeira ordem de Kurt Schneider: alucinações auditivas sob uma das três seguintes formas: A - duas ou mais vozes que conversam entre si; B - vozes que fazem comentários sobre o paciente em terceira pessoa; C - vozes que repetem os

pensamentos do paciente (eco do pensamento). Sensação de pensamento de outra pessoa sendo postos na cabeça do paciente (inserção do pensamento), ou sensação de retirada de pensamento do paciente através de força externa (roubo de pensamento). Sensação de que o pensamento são também acessíveis a outras pessoas (irradiação do pensamento). Sensação de sentimento, impulso ou atos estarem sob controle externo, como se o paciente estivesse sob efeito hipnótico. Percepção delirante, trata-se de um delírio baseado em uma percepção sensorial verdadeira que qualquer outra pessoa considera lugar comum (PEREIRA, p.128).

1.2.2 Características gerais

A esquizofrenia trata de uma forma mais importante de doenças psiquiátricas e que afeta por cerca de um por cento da população sendo que se manifesta habitualmente entre os quinze e os vinte e cinco anos, nos homens e nas mulheres, podendo igualmente ocorrer na infância ou na meia idade. É crônica, e, em geral, é altamente incapacitante, sendo que seu tratamento, para alívio dos sintomas psicóticos, pode ser feito com base em medicamentos antipsicóticos (RANGDALE e RITTER, 2001).

O transtorno esquizofrênico possui como característica fundamental distorções em diversos graus e de formas simultâneas. Nesta abordagem a esquizofrenia é uma doença funcional do cérebro que se caracteriza essencialmente por uma fragmentação da estrutura dos processos de pensamento, acompanhada pela dificuldade em estabelecer a distinção entre experiência interna e externa. A motivação, os estados afetivos, os processos cognitivos (de conhecimento), os seus efeitos repercutem-se também no comportamento e nas emoções do paciente tratando-se do conteúdo do pensamento dos esquizofrênicos. A fragmentação apresenta algumas associações lógicas, criando expressões de forma incoerentes, vagas, circunstanciais e repetitivas. A percepção também se encontra alterada. Os principais distúrbios perceptivos são as alucinações auditivas que são as escutas de vozes quando o paciente está sozinho e não há ninguém por perto. Os delírios ocorrem muito frequentemente e são caracterizados por alterações de teste de realidade envolvendo o pensamento. Podem ocorrer, mas não muito frequentemente, alucinações visuais (visões irreais), olfativas (odores diferentes) ou táteis (sensações de formigamento). Os indivíduos também podem ter ilusões (percepção de objetos reais de modo distorcido) ou despersonalização (sensação de que o seu corpo está sofrendo modificações). Também podem ser observados distúrbios motores, tais como catatonia (alterações intensas da motricidade caracterizada por imobilidade e comportamento indiferente ao ambiente), movimentos estereotipados (repetitivos e sem propósito), atividades motoras incontroláveis e agitação, sendo as duas últimas, as mais frequentes. Em consequência dessas alterações, o indivíduo perde o senso de identidade

pessoal e tem extrema dificuldade de estabelecer contato social, ficando isolado em seus pensamentos e fantasias, ou ouvindo alucinações.

Os distúrbios no processo de atenção e aprendizagem são considerados básicos na esquizofrenia: a percepção de estímulos e as funções cognitivas encontram-se alteradas em vários graus. Essas alterações são responsáveis por algumas anormalidades verbais, como alucinações auditivas com conteúdo verbal, sendo consideradas distúrbios de linguagem e de pensamento. Esses sintomas estão bastantes presentes na fase avançada da doença. Em uma interpretação cognitiva, o centro desses distúrbios psicológicos está relacionado com a disfunção cognitiva envolvendo a atenção seletiva. Neste caso, a atenção seletiva é vista como um processo de filtragem que tem como controle a passagem de informação pelo sistema sensorial. Uma deficiência nesse processo de filtragem de informação que provém do mundo exterior pode resultar na incapacidade de ignorar o estímulo irrelevante. Na análise comportamental, o processo de informação requerido por um ato simples de percepção, linguagem e pensamento envolvem a seleção de estímulos relevantes: o comportamento, nesse caso, passa a ser controlado por uma gama reduzida de estímulos, os quais são relacionados a esta consequência importante. No caso do esquizofrênico ocorre o distúrbio de seleção da atenção seletiva no qual o controle é exercido por um excesso de estímulo simultâneo que é geralmente descrito como excesso de atenção aos diversos aspectos do ambiente. O distúrbio resulta em uma sobrecarga de informações no pensamento do esquizofrênico. Em princípio, essas informações são irrelevantes, quer dizer, que essas informações jamais foram correlacionadas em qualquer reforço, sendo mudado o ambiente circunstancial pode-se até chegar a ter um valor prévio, o que ocorre no meio. Neste caso, o esquizofrênico está em vantagem sobre o sujeito normal, pois será afetado por um estímulo que é totalmente ignorado pelas outras pessoas (ALVES e SILVA, 2001).

A esquizofrenia apresenta igual prevalência em homens e mulheres. No entanto, os dois sexos mostram diversas diferenças no início e curso da doença. Nos homens, a patologia instala-se mais precocemente, se comparada com as mulheres (mais de cinquenta por cento de todos os pacientes do sexo masculino). Apenas um terço das mulheres esquizofrênicas tem a sua primeira internação psiquiátrica antes mesmo de completar vinte e cinco anos de idade; já nos homens, é um pouco mais precoce, pois tem o seu pico com quinze, até vinte e cinco anos de idade; e de vinte e cinco a trinta e cinco anos de idade. O início dessa patologia antes dos dez anos ou após cinquenta anos de idade é extremamente rara. Cerca de noventa por cento dos pacientes esquizofrênicos tem entre quinze e cinquenta e cinco anos de idade. Há estudos que indicam que os pacientes do sexo masculino, ao contrário das mulheres, estão mais

propensos a possuírem os sintomas negativos. As mulheres estão mais propensas a terem um melhor funcionamento social, e, em vista disso, obterem um melhor resultado para as mulheres do que os homens (KAPLAN et al., 2002).

Pacientes que apresentam esta patologia tem o maior índice de mortalidade por acidente e causas naturais do que a população geral. Os índices mais elevados podem estar relacionados ao fato de que o diagnóstico e o tratamento de condições médicas e cirúrgicas nos pacientes esquizofrênicos têm um desafio clínico.

A causa mais comum de morte em pacientes esquizofrênicos é o próprio suicídio. Os médicos tendem associar o suicídio mais com os transtornos do humor do que com um paciente psicótico. Foi constatado que 50% dos pacientes com esquizofrenia tentam pelos menos uma vez o suicídio em toda a sua vida. Cerca de 10 a 15% por cento destes pacientes morrem com suicídio durante um período de vinte anos. Nesse caso, o homem e a mulher estão igualmente propensos a cometerem o suicídio. Os principais fatores de risco que levam o esquizofrênico ao ato de suicídio incluem os sintomas depressivos, pouca idade e alto nível de funcionamento pré-mórbido incluindo especialmente o sujeito estudante. Esse grupo percebe a importância devastadora de sua doença mais do que os outros grupos de pacientes esquizofrênicos e que podem ver o suicídio uma alternativa mais razoável (KAPLAN et al., 2002).

Segundo Kaplan (2002), diversos estudos relatam que os tabagismos estão associados ao uso alto de doses de fármacos antipsicóticos. Possivelmente, o hábito de fumar aumenta o índice de metabolismo desses fármacos. Têm também, ainda, os pacientes esquizofrênicos que fazem o uso abusivo de álcool e de drogas como maconha e cocaína. Os pacientes tendem a relatar que o uso dessas substâncias, para o mesmo, dá prazer e reduzem a sua depressão e a ansiedade.

Os pacientes psiquiátricos também constituem um grupo vulnerável à violência sexual. Geralmente, mas não necessariamente, se trata de intercurso sexual por meio de ameaça ou própria violência, destacando-se, na vítima, as sensações de importância, vulnerabilidade e medo. Dados epidemiológicos sobre ato de violência geralmente não retratam a realidade (CHACHAMOVICK, SCHMITT e KAPCZINSKI, 2001).

A esquizofrenia pode ter pacientes em qualquer classe social, em qualquer cultura, não importando a situação financeira que o paciente se encontra.

Os sintomas da esquizofrenia são classificados em sintomas positivos, caracterizados por distorção do funcionamento normal de função psíquica, tais como: delírios, alucinações, pensamentos incoerentes, agitação psicomotora, afeto incongruente e sintomas negativos,

caracterizados por perda de funções psíquicas semelhantes às deficiências intelectuais e de memória; pobreza de discurso, embotamento afetivo, incapacidade de sentir prazer-anedonia, isolamento social e falta de motivação.

A esquizofrenia tem na sua evolução várias características. Tem o seu início geralmente na adolescência ou no início da fase adulta do paciente. A doença tem em sua maioria dos casos surtos crônicos, com exacerbação (surto de pior acentuação), seguida de uma recuperação parcial (um período de remissão), até chegar à sua fase residual quando o paciente tem um agravamento progressivo. Esta fase se caracteriza por apresentar quase nenhum sintoma positivo, onde tem uma predominância dos sintomas negativos. Outro curso possível da esquizofrenia é a ocorrência de surtos psicóticos agudos seguidos de recuperação definitiva.

A esquizofrenia, fosse tida como uma doença única, a categoria diagnóstica de fato poderia ser incluída como uma variedade de transtornos que se apresentam em sintomas comportamentais similares. Compreende um grupo de transtornos com causas heterogêneas, e, com certeza, pacientes com apresentação clínica tem resposta ao tratamento e cursos de doença variados.

1.2.3 Classificação

O indivíduo esquizofrênico pode apresentar diversas formas de comportamento, assim como essa doença pode se manifestar diferentemente em diversos pacientes. A classificação do DSM-IV contém os critérios oficiais da Associação Psiquiátrica Americana para a esquizofrenia. São oito tipos de esquizofrenia: paranóide, o tipo desordenado, o tipo catatônico, o tipo residual, o tipo delirante, o tipo latente, o tipo oniróide, e o tipo psiconeurótica.

Os requisitos básicos do DSM-IV para a esquizofrenia tem como uma exigência que durante um período significativo desde o início das perturbações, o funcionamento em áreas específicas como o do trabalho, relação social e cuidados pessoais esteja acentuadamente abaixo do nível mais alto atingindo antes do início da perturbação.

O tipo paranóide é caracterizada por perturbações com mais de um delírio ou alucinações auditivas frequentes e com a ausência do comportamento desorganizado ou catatônico. Classicamente o tipo paranóide caracteriza-se, principalmente por uma presença grande de delírios de perseguição ou grandeza. Geralmente os pacientes esquizofrênicos paranóides são mais velhos que os pacientes que tem a esquizofrenia catatônica ou ainda são

desorganizados quando acontece o primeiro episódio da doença. Os pacientes que estão bem na idade de vinte ou trinta anos de idade estabelecem uma vida social que pode ajudar durante a doença. O recurso egóico do paciente paranóico tende, a ser maior do que o paciente que apresenta a doença catatônica ou desorganizada. O paciente esquizofrênico paranóide mostra menos uma menor regressão das suas faculdades mentais, da resposta emocional e do seu comportamento, que os outros tipos de pacientes esquizofrênicos.

Os pacientes que apresentam este tipo de esquizofrenia são tensos, desconfiados, e freqüentemente hostis e agressivos, entretanto, os pacientes esquizofrênicos paranóides, as vezes, comportam-se bastante bem, socialmente. A área da inteligência que não foi invadida pelos sintoma do delírio permanece intacta.

O tipo desorganizado, que era chamado anteriormente de hebefrenico, é caracterizado por uma regressão muito forte no comportamento primitivo, desinibido e desorganizado na ausência de sintomas que satisfazem os critérios para o tipo catatônico. O início geralmente é cedo, bem antes dos vinte e cinco anos. Os pacientes desordenados geralmente são ativos, mas de um modo desprovido de um propósito não construtivo. Há um pronunciado transtorno do pensamento e o contato com a realidade é muito pobre. O dilapida mento da aparência pessoal e do comportamento social é aparentemente visto. As respostas emocionais são inadequadas o indivíduo, freqüentemente, põe-se a dar gargalhadas sem tem uma razão aparente. É comum o pacientes ter risos incongruentes e trejeitos faciais são comuns neste tipo de pacientes, cujo comportamento é melhor descrito como tolo ou insensato.

Já no tipo catatônico a característica essencial dessa esquizofrenia é uma acentuada perturbação psicomotora, que pode levar a envolver o estupor negativo, rigidez, excitação e estupor. Durante o estupor ou excitação catatônica, o paciente esquizofrênico precisa de uma supervisão para não se ferir a si mesmo ou ainda a outras pessoas. A desnutrição, exaustão, ferimentos auto-infligidos podem exigir cuidados médicos.

Freqüentemente, há pacientes claramente esquizofrênicos que não podem ser facilmente encaixados em um dos tipos citados acima. O DSM-IV classifica estes pacientes como sendo o tipo indiferenciado (KAPLAN, 2002).

O tipo residual de esquizofrenia é caracterizado pela presença de evidencia continua de perturbações esquizofrênicas de um conjunto de sintomas ativos ou suficientes para a classificação como qualquer outro tipo de esquizofrenia. Delírios e alucinações normalmente não estão presentes e, se estiverem, não são proeminentes nem por forte afeto. O embotamento, o pensamento ilógico e leve afrouxamento das associações são comum nos tipos residual.

A psicose delirante aguda diferencia-se da esquizofrenia principalmente com base na duração dos sintomas, que pode ser inferior a três meses. O diagnóstico é similar ao diagnóstico de transtorno esquizofrêniforme do DSM-IV. Foi relatado por médicos franceses que cerca de 40% dos pacientes com um diagnóstico de psicose aguda delirante evoluem para esquizofrenia (KAPLAN et al., 2002).

A esquizofrenia latente teve seu conceito desenvolvido durante um período em que a conceitualização diagnóstica desta patologia era bastante ampla. Atualmente, os pacientes devem apresentar severa enfermidade mental para que se justifique e tenha um diagnóstico de esquizofrenia. Com uma conceitualização diagnóstica ampla da esquizofrenia permitirá que o paciente não visto hoje como severamente enfermo recebesse um diagnóstico de esquizofrenia. Portadores de transtornos da personalidade esquizóide e esquizotípica eram freqüentemente diagnosticada como esquizofrênicos. Esses pacientes podem, ocasionalmente, apresentar comportamento peliculares ou transtorno do pensamento, mas não manifestam consistentemente sintomas psicóticos.

A esquizofrenia do tipo oniróide trata-se de um estado tipo sonho, no qual o paciente pode sentir-se profundamente perplexo e não completamente orientado no tempo e no espaço. Esquizofrenia oniróides são aqueles que estão particularmente envolvidos em suas experiências alucinatórias, chegando à exclusão do envolvimento do mundo real.

A parafrenia é usada como sinônimo da esquizofrenia paranóide. Este estado diz respeito a um curso progressivamente deteriorante ou à presença de um sistema delirante bem sistematizado. Os múltiplos significados o tornam pouco útil para a comunicação de informação.

Há ainda outros tipos chamado psedoneurótica, no qual o paciente inicialmente apresentam sintomas como ansiedade, fobia, obsessões e compulsões e, posteriormente manifestam sintomas de transtornos do pensamento e psicose. Esses pacientes são caracterizados por sintomas de panansiedade, panfobia, pananbivalência, e ocasionalmete, uma sexualidade caótica. Há diferença dos pacientes com transtornos de ansiedade, existe uma ansiedade livremente flutuante que raramente se ameniza. Nas descrições clínicas, os pacientes raramente se tornam franca e severamente psicóticos.

Se tem diversos avanços recentes incluído a definição objetiva e uniformização dos sintomas e critérios diagnósticos para a esquizofrenia; o advento das drogas antipsicóticas e a caracterização de seus mecanismos de ação e padrões de respostas ; a identificação da anormalidade biológica na doença, que tem em conjunto o surgimento de classificação mais precisa de subtipos esquizofrênicos.

Dentre estas, a dicotomização da esquizofrenia em subtipos I e II proposto por Crow (1980) é talvez a classificação mais conhecida, e, ao contrário da classificação em subtipos clínicos pode apresentar correlação significativas com prognóstico e variáveis biológicas. Esta dicotomia os sintomas esquizofrênicos em sintomas positivos, caracterizado pelo aparecimento de função qualitativamente anormal, aberrante, inexistente em indivíduos sãos (como os delírios, alucinações, incoerência do pensamento e do afeto); e sintomas negativos, visto negativos, perda, defeito ou desintegração de função normais (embotamento afetivo, déficits conativos, pobreza de discurso) (PEREIRA, p. 130).

Já na proposta de Crow na síndrome esquizofrênica tipos I e II são:

De acordo com a proposta de Crow, a síndromes esquizofrênicas tipos I e II estão, respectivamente, associadas à presença de sintomas positivos e negativos e podem ser diferenciadas em termos de resposta no tratamento, presença de déficits cognitivo e anormalidade biológicas (PEREIRA, p. 131).

Crow considera as duas síndromes de processos distintos e independentes entre si, ele ainda enfatiza que elas fazem parte da mesma doença; de fato, sinais característicos do tipo II geralmente se sucedem no tipo I, num mesmo caso, e, algumas situações, se tem sinais dos dois tipos coexistem no mesmo período.

1.2.4 Diagnóstico

O diagnóstico da doença continua sendo essencialmente clínico, baseado na presença e curso de determinados sintomas. De forma geral, as diretrizes diagnósticas usadas, hoje em dia, continuam sendo derivadas das descrições clássicas de Krspelem, Bleuler e Schneider.

Até no final da década de 60, no centro psiquiátrico americano, aplicavam-se critérios diagnósticos bastante amplos e pouco delimitados para a esquizofrenia. Isso se devia, em parte, das idéias de Bleuler, para quem pouco valor deveria ser dado a sintomas objetivos como delírios e alucinações em favor dos sintomas fundamentais. O conceito psicanalítico influente na psiquiatria americana da época de 60, definia esquizofrenia de forma bem pouca precisa. “Estado da psicopatologia primitiva e quebra das defesas ecóicas.” Em consequência, o quadro de sintomatologia, curso e prognóstico bastante variados era abrigado sob o nome de esquizofrenia, e, praticamente, qualquer episódio psicótico não claramente relacionado com causa orgânica ou tóxica acabava sendo considerado como surto esquizofrênico.

No início da década de 70, dois estudos multicêntricos, o Estudo Colaborativo Estados Unidos - Grã Bretanha (Cooper e cols., 1972) e o Estudo Piloto Internacional de

Esquizofrenia (realizado em 1973 em nove países, sob a coordenação da Organização Mundial de Saúde), comprovaram que a psiquiatria americana classificavam os pacientes como esquizofrênicos numa frequência significativamente mais alta que a psiquiatria Inglesa. Mostrou-se, também, que a psiquiatria, treinada no uso de entrevistas estruturadas gera diagnósticos de acordo com critérios específicos e são capazes de diagnosticar a esquizofrenia de maneira uniforme, independentemente do país de origem e diferenças culturais.

Na verdade, este estudo marcou a história da psiquiatria contemporânea gerando um movimento internacional no sentido de uniformizar a comunicação entre psiquiatrias de diferentes países através da homogeneização dos critérios diagnósticos e definição objetiva e operacional de sintomas. A partir de então, diversos critérios diagnósticos padronizados foram desenvolvidos e passaram a ser largamente utilizados em pesquisa, tais como o critério de St. Louis (Feighner e cols., 1972); o Research Diagnostic Criteria (RDC; Spitzer e cols., 1975).

A lista de sintomas positivos e negativos da doença, dos quais dois, no mínimo, devem estar presente durante 1 mês; uma nota, no entanto, acrescenta que a presença isolada de delírio ou alucinação de primeira ordem de Schneider é, por si só, suficiente para satisfazer o critério, o que demonstra claramente a ênfase a esse sintomas. Por outro lado, ativam-se alguns dos sintomas fundamentais de Bleuler, como ambivalência e autismo.

O declínio no grau de funcionamento pessoal em vários níveis é também considerado como característica fundamental para o diagnóstico da doença (declínio em relação ao nível de funcionamento ou pré-mórbido). Já a duração da doença continua por pelo menos 6 meses – pelo menos 1 mês com sintomas referidos em sintomas prodrômicos ou residuais, caracterizados por sintomas negativos ou por fórmulas atenuadas de dois ou mais sintomas, com experiência perceptuais anormais, idéias incomuns e bizarras, relacionadas com o curso da doença; exige-se um mínimo de 6 meses para a confirmação do diagnóstico e enfatiza a importância dos sintomas negativos neste estágio da doença.

1.3 Avaliações complementares

Apesar de o diagnóstico de esquizofrenia ser baseado exclusivamente em sintomas psicopatológicos, a investigação de possíveis alterações neurológicas, de exames complementares e psicológicos são importantes para o diagnóstico diferencial e podem contribuir no planejamento da abordagem terapêutica do paciente.

Os exames físicos ou neurológicos geram avaliações neurológicas sumárias, na maioria dos casos, normais em pacientes esquizofrênicos. Na avaliação neurológica mais

aprofundada demonstra-se uma anormalidade chamada de “soft signs neurológicos”. Esta inclui disdiadicocinesia, agrafestesia, asteregnosia ou outras discretas incoordenações de movimento. Acredita-se que as alterações refletem no funcionamento das áreas de integração de funções sensoriais à coordenação e organização de atos motores complexos, mas não tem valor localizatório, nem significado completamente esclarecido.

Exames complementares são realizados para que diversas doenças sistêmicas e neurológicas possam cursar os sintomas típicos de esquizofrenia; uma série inicial de exames complementares está sempre indicada de início recente. Possíveis sinais e sintomas sugestivos de doença orgânica, juntamente com os resultados de exames, orientam a decisão de seguir ou não com a realização de avaliações complementares mais aprofundadas.

A Avaliação psicológica, já na avaliação psicológica tradicional, inclui os testes projetivos como Rorschach e TAT, que têm a utilidade de compreender aspectos psicológicos da personalidade dos pacientes, mas pouco ou nada acrescentam à avaliação psicopatológica tradicional dos sintomas esquizofrênicos, não tendo valor diagnóstico. No entanto, o paciente esquizofrênico, principalmente, no estágio crônico da doença, apresenta distúrbios cognitivos e difusos de intensidade variável. Desta forma, baterias neuropsicológicas vêm sendo empregadas com frequência em casos de esquizofrenia, a fim de caracterizar precisamente os déficits cognitivos presentes e permitir o planejamento de possíveis estratégias de reabilitação para os mesmos. Além disso, a utilidade do estudo das alterações neuropsicológicas na doença tem ficado evidente também no âmbito da pesquisa. Tem sido observado em pacientes esquizofrênicos que perderam a integridade dos lobos cerebrais frontais e temporais. Estas são justamente as áreas cerebrais mais frequentemente implicadas e focadas em pacientes esquizofrênicos.

1.4 Diagnóstico diferencial: Distúrbios mentais orgânicos

Pacientes com sintomas compatíveis de esquizofrenia que vão até o médico já com uma história de episódios anteriores dos sintomas positivos e déficits residuais, não tem dúvida quando ao diagnóstico de esquizofrenia. Nos casos, quando se tem um único episódio psicótico, é possível excluir possíveis causas orgânicas que podem culminar com os sintomas compatíveis da esquizofrenia, listadas da seguinte maneira: Contagem sanguínea completa; Dosagem plasmática de sódio e potássio, uréia e creatinina; Screening sanguíneo para drogas; Sorologia para síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS/SIDA); Sorologia para Sífilis; Eletroforese de proteínas plasmática; Dosagem sérica de hormônios tireoidianos (T3, T4,

TSH); Eletroencefalograma (EEG) e Tomografia computadorizada (TC) do crânio. Os mais frequentes incluem epilepsia parcial complexa, psicose inclusiva das drogas, tumores cerebrais, alterações tireoidianas e infecções do sistema nervoso central com sífilis terciária e síndrome de imunodeficiência adquirida. A diferenciação diagnóstica entre os quadros esquizofreniformes de origem orgânica e esquizofrenia propriamente dita pode ser bastante difícil em alguns casos, principalmente quando os sintomas psiquiátricos surgem precocemente, aparecendo os sintomas físicos. Os exames físicos e neurológicos podem detectar os sinais periféricos da doença sistêmica ou neurológica, mas que são normais em muitos casos. Na caracterização cuidadosa da história psiquiátrica, exames psíquicos podem detectar itens sugestivos de etiologia orgânica, tais como: ausência de alterações mórbidas de personalidade, flutuação de sintomas, presença de alucinação, etc.

1.4.1 Distúrbio afetivo

Quadros afetivos agudos, maníacos ou depressivos podem ser confundidos com a esquizofrenia. Em caso de mania, distúrbio da forma de pensamento como pressão ideomotora e fuga de idéias podem dificultar o pensamento incoerente do paciente esquizofrênico; delírios e alucinações podem estar presentes nos quadros maníacos e nem sempre são congruentes com o humor expansivo. O quadro depressivo pode também ter sinais de delírios e alucinação, congruentes ou não com o humor do paciente. A diferença, nessas situações, pode ser guiada pela proeminência dos sintomas afetivos e pelo curso da doença, que é mais benigno em quadros afetivos, com a resolução completa dos sintomas desde que se institua a terapia adequada. A presença de sintomas deficitários residuais é altamente sugestiva na esquizofrenia.

Outro aspecto dessa diferenciação diz respeito a possível presença de sintoma depressivo durante o curso da esquizofrenia. O sintoma depressivo é de uma importância no caso da esquizofrenia. A caracterização de sintomas sugestivos de depressão, em esquizofrenia, pode ser difícil, já que o humor depressivo e apatia podem ser confundidos com sintomas negativos da esquizofrenia, ou, ainda, com efeitos colaterais de neurolépticos. Nesse caso, além da caracterização minuciosa do humor depressivo, a detecção dos sintomas e sinais objetivos, como insônia terminal, perda de apetite e variação circadiana do humor, podem ser úteis. A identificação de síndromes depressivas de humor em pacientes esquizofrênicos tem uma importância fundamental, não pela alta tentativa de suicídio

associada a elas, mas porque o diagnóstico correto autoriza a instituição terapêutica antidepressiva.

1.4.2 Distúrbio esquizoafetivos

Em 1933, Kasanin, batiza a esquizoafetivos os quadros psicóticos semelhantes a esquizofrenia mas com componente afetivos maníacos depressivos intensos, de recuperação breve e com tendência a recorrência. O termo vem sendo usado nos casos de sintomas esquizofrênicos e afetivos importantes. Eles aparecem simultaneamente ou em sequência, tornando impossível a decisão diagnóstica entre as duas entidades. Além de cursar com sintomas afetivos de grande proeminência, tais casos têm em geral prognóstico melhor em comparação com casos de esquizofrenia, sendo, portanto, justificada sua manutenção como entidade distinta. A fronteira entre esquizofrenia e distúrbio esquizoafetivo nem sempre é fácil de ser definida. De acordo ao DSM-IV, no caso de sintomas compatíveis, tanto com a esquizofrenia, como com distúrbio afetivo, o diagnóstico é de distúrbio esquizoafetivo, se houver evidências de sintomas esquizofrênicos produtivos sem alteração de humor, concomitantes durante um período de 15 dias. Se existem outros dados que favoreçam o diagnóstico, incluem-se um bom funcionamento pré-mórbido, início agudo, presença de ventos estressantes, precipitantes e pobreza de sintomas negativos.

1.4.3 Distúrbio esquizofreniforme

A psicose esquizofreniforme foi descrita por Langefeldt (1937) como sendo um distúrbio caracterizado por sintomas psicóticos similares a esquizofrenia, acrescidos de confusão e perplexidade e ausência de sintomas negativos. Geralmente tem fatores estressantes precipitantes e com características fundamentais, a recuperação é completa após a remissão de sintomas psicóticos (em contraposição a permanência de sintomas residuais características da esquizofrenia).

A validade do distúrbio esquizofreniforme como entidade clínica distinta é, no entanto, controversa hoje em dia. Alguns critérios padronizados atuais como RDC i CID classificam casos com sintomatologia compatível com as esquizofrenias de bom prognóstico. Por outro lado, follow-up sugere que os quadros com sintomas típicos de esquizofrenia, que têm remissão completa dentro de poucos meses, apresentam um padrão distinto de evolução em longo prazo, com melhor recuperação social e ausência de recaídas.

1.4.4 Distúrbios paranóides

Nesse distúrbio se tem como característica fundamental a presença de delírios crônicos, sistematizados e coerentes que se diferenciam da esquizofrenia pela maior preservação da personalidade do sujeito, pelo caráter não-bizarro, muitas vezes plausível dos conteúdos delirantes e pela ausência de outras alterações psicopatológicas sugestivas da esquizofrenia. Sintomas afetivos, quando presentes, são compreensíveis e coerentes à luz das experiências delirantes.

1.4.5 Psicose reativa breve

Este quadro psicótico é semelhante ao da esquizofrenia. Com uma duração breve, em geral, tem a duração de um mês. O início dos sintomas é em geral abrupto e com fortes fatores estressantes precipitantes. Auxiliam no diagnóstico diferencial os coloridos afetivos, como perplexidade, confusão e mudanças abruptas de um estado para outro. Estes quadros podem ser entendidos como reação psicótica breve a eventos estressantes, em indivíduos de personalidade susceptíveis ou em condições ambientais desfavoráveis.

1.4.6 Distúrbio de personalidade

No distúrbio de personalidade, este é o principal diagnóstico diferencial a ser feito com a personalidade esquizotípica. Esta tem traços e sintomas que lembram os sintomas da esquizofrenia, mas não se completam ao total e incluem idéias vagas de referência (que não chega ser delirante), têm um comportamento bizarro e ilusões auditivas ou visuais. Isoladamente social, os contatos afetivos também são frequentes. Outros distúrbios de personalidade também apresentam características que lembram componentes específicos do esquizofrênico. Entre eles, se destacam: o distúrbio esquizóide de personalidade, o distúrbio paranóide de personalidade e o distúrbio de personalidade borderline.

Em geral, a diferenciação dos distúrbios de personalidade, em relação à esquizofrenia é feita, não só pela ausência de sintomas produtivos, mas também pela análise da história de vida do paciente que mostra os sintomas presentes. São, na verdade, padrões do comportamento crônico, consistentes, integrantes da personalidade do sujeito.

1.5 Epidemiologia

Existem muitos estudos de prevalência em esquizofrenia realizados nos cinco continentes. Entretanto, os trabalhos de incidência em esquizofrenia são em menor número. Tem estudos que são mais trabalhosos, que requerem uma avaliação longitudinal, com duas avaliações em diferentes períodos sobre a mesma população e, a partir dessas avaliações, determinam quando se tem aparecimento de novos casos nesse mesmo intervalo. Sua incidência anual está entre 0,1-0,7 novos casos para cada 1.000 habitantes. A taxa de incidência como a de prevalência varia em até 10 vezes. Os fatores que explicam tais fatores são: (1) diferença nos critérios e diagnósticos utilizados; (2) diferença quanto às seleções das amostras; (3) diferenças culturais; (4) diferenças verdadeiras, isto é, biológicas e genéticas.

Atualmente, se tem uma diminuição de internação de pacientes esquizofrênicos nos últimos anos. Esse dado pode estar relacionado à história, de que a esquizofrenia é um transtorno novo, que surgiu com a revolução industrial, sendo rara antes de 1750, crescendo progressivamente o número de doentes esquizofrênicos até o final do século XIX e início de século XX. A conclusão tem que ser interpretada com um cuidado devido às grandes mudanças nas estruturas de organização do tratamento psiquiátrico, assim como mudanças nos conceitos da doença durante estes três últimos séculos.

1.6 Fatores de risco

Os objetivos dos estudos epidemiológicos concernem na procura de fatores relacionados com a etiologia da doença. Poder-se-á notar, adiante, que as teorias etiológicas em esquizofrenia são originadas a partir de dados epidemiológicos. Os fatores associados à esquizofrenia são:

A - Fatores raciais

Existem vários grupos étnicos esquizofrênicos. Tais trabalhos não comparam os diferentes grupos raciais quanto ao sexo, idade, classe social e por serem imigrantes ou não. Se existem estudos recentes, ao levarem em consideração tais fatores, demonstram que a diferença das taxas de esquizofrenia entre as raças desaparece. A diferença prevalece e a incidência demonstrada poderá ser identificada por diferenças em características ambientais ou genéticas.

B - Sexo e idade

Os estudos de prevalência no período da vida para a esquizofrenia apresentam uma relação homem/mulher próximo a um. Mas, analisada separadamente o aparecimento da esquizofrenia em diferentes grupos etários, verificou-se que nos homens se apresentaram mais cedo os sintomas da doença (entre 18 e 25 anos) do que nas mulheres (entre 30 e 39 anos). As razões dessa diferença de idade não são claras. Postula-se, na existência de fatores sócio-culturais, predispondo, em homens, um comportamento mais agressivo levando a detecção mais precoce da doença. Outra hipótese é de que a doença manifesta-se diferentemente nos dois sexos.

C – Sazonalidade

Se existe um número maior de esquizofrênicos nascidos no final do inverno ou no início da primavera, quando comparados com seus irmãos que não são esquizofrênicos, ou ainda, na existência de um fator ambiental deletério durante o inverno, leva-se em questão a temperatura com a deficiência nutricional e as ações de agentes infecciosos. Entretanto, estes trabalhos sofrem críticas metodológicas.

D - Complicações perinatais

Esquizofrênicos apresentam um número mais alto de complicação perinatais quando comparados com a população em geral; aqui ainda se tem uma particularidade no sexo masculino. A explicação seria a hipóxia-perinatal sendo que nem todas as crianças apresentam ou desenvolvem o transtorno psiquiátrico. Trata-se de um fator não específico, responsável por um aumento da vulnerabilidade para a esquizofrenia.

A crítica a este estudo retrospectivo é de que o informante (geralmente a mãe) de paciente esquizofrênico tenderá a se lembrar mais das complicações obstétricas do que a mãe de controles normais. As observações obstétricas são geralmente registradas quando se tem complicações graves.

E - Níveis sócio-econômicos

A classe social pode ser usada com uma combinação de dados como: renda, ocupação, educação e lugar de residência. Geralmente a esquizofrenia se dá na camada de baixa renda social em que seus pais geram mudanças, geralmente ocorrendo após o aparecimento da doença.

F - Condição civil e fertilidade

Estudos que analisam a condição civil do paciente esquizofrênico no momento da sua primeira internação têm mostrado uma alta percentagem de solteiros. Passou-se então a acreditar que o caso de ser solteiro teria uma contribuição de alguma forma para a esquizofrenia. Esse fenômeno é semelhante ao sócio-econômico, isto é, da condição de solteiro ser consequência e não a causa. Portanto, a doença diminuiria a chance de se casar ou aumentaria a chance de divórcio. Consequentemente, a taxa de fertilidade, isto é, a probabilidade de terem descendentes é baixa (70%) quando comparada com a população em geral.

G – Migração

Nesse caso se tem uma alta taxa de esquizofrenia entre imigrantes quando comparadas à população nativa. As razões ainda não são claras. O aumento da prevalência de esquizofrenia entre imigrantes poderia ser o resultado de seleção da amostra, isto é, pessoas esquizofrênicas podem ser mais inclinadas a deixarem suas famílias. Entretanto, é necessário considerar estudos em que se compara a idade, sexo, classe social dos imigrantes com seus compatriotas em sua terra natal.

H - Urbanização e industrialização

As taxas de prevalência de esquizofrenia são maiores em centros urbanos do que em outros centros ou em áreas rurais. É considerado como crença de que a cidade é o lugar onde ocorre uma rápida mudança associada à instabilidade social. Nas áreas rurais apresentam-se comunidades mais estáveis e habitantes mais integrados.

Se tiver a possibilidade da prevalência à incidência, em países industrializados, torna-se maior nos países de terceiro mundo. Se essa hipótese for verdadeira, essa diferença poder-se-ia explicar através de fatores de mortalidade infantil. Crianças com problemas no parto (por exemplo, anorexia) teriam maior probabilidade de sobreviver em países industrializados e tais crianças seriam mais vulneráveis a esquizofrenia.

I - Culturais

Não se tem diferenças na taxa de esquizofrenia em diferentes países, como Índia, Nigéria, Colômbia e Inglaterra; parece, nestes países citados, existir diferenças quanto à evolução. Em países do Terceiro Mundo (não industrializados), pacientes esquizofrênicos parecem apresentar um melhor prognóstico. Por outro viés, interpreta-se que tal achado é devido à bias da seleção da amostra. Por exemplo, em países não-industrializados, apenas pacientes com sintomas agudos e não os pacientes que apresentam início insidioso (são os que apresentam geralmente pior prognóstico) são trazidos ao hospital. Isso ocorre devido ao sistema de saúde nos países não-industrializados ser menos eficiente.

2 O OLHAR DE FREUD SOBRE AS PSICOSES

2.1 O trabalho inicial de Freud sobre as psicoses

Nesse segundo capítulo da monografia trabalharei a concepção freudiana da psicose. Aqui o termo abrange a esquizofrenia. Trago abaixo as diferenças do conceito de psicose, segundo a psiquiatria e a psicanálise:

Em clínica psiquiátrica, o conceito de psicose é tomado a maioria das vezes numa extensão extremamente ampla, de maneira abranger toda uma gama de doença mentais, quer sejam manifestamente organogénicas (paralisia geral, por exemplo), quer a sua etiologia última permaneça problemática (esquizofrenia por exemplo).

Em psicanálise não se procurou logo de início edificar uma classificação que abrangesse a totalidade das doenças mentais que a psiquiatria precisa conhecer; o interesse incidiu, em primeiro lugar, nas afecções mais diretamente acessíveis à investigação analítica e, dentro deste campo mais restrito que o da psicanálise principais distinções são as que se estabelecem entre as perversões, as neuroses, e as psicoses.

A psicanálise procurou definir diversas estruturas: paranóia (onde inclui de modo bastante geral as afecções delirantes) e esquizofrenia, por um lado, e, outro, melancolia e mania. Fundamentalmente, é numa perturbação primária da relação libidinal com a realidade que a teoria psicanalítica vê o denominador comum das psicoses, onde, a maioria dos sintomas manifestos (particularmente construção delirante) são tentativas secundárias de restauração do laço objetal (FONTES, 2001, p. 390).

Freud inicialmente se impôs uma elaboração de um modelo do funcionamento do aparelho psíquico capaz de dar conta dos fenômenos normais quanto dos patológicos. Como vimos no capítulo anterior dessa monografia, a hipótese freudiana coloca que não há distinção de ordem qualitativa entre normal e patológico, há uma diferença na ordem quantitativa. Assim, o funcionamento patológico se caracteriza pela má gestão dos recursos psíquicos diante da mesma problemática que a mente normal consegue equacionar satisfatoriamente, isto é, sem gerar tensões psíquicas exageradas que determinariam problemas psíquicos.

Segundo Freire:

Freud é peremptório: os processos psíquicos, em si, são sempre racionais, ou seja, buscam a satisfação do aparelho; apenas o conflito entre distintos processos psíquicos, cada um dotado de sua força específica, capaz de produzir patologia, ou seja, comportamento irracional, irracionalidade sendo neste caso compreendida como busca daquilo que não é o seu bem, a satisfação do próprio sujeito (MUNIZ, 2001, p. 61).

A partir desta hipótese de Freud pode-se compreender a afirmação, segundo a qual os sintomas neuróticos são comportamentos só aparentemente irracionais, assim como os sonhos

também só superficialmente se apresentam como processos ininteligíveis. Quer dizer, nas neuroses e também nos sonhos, se a deformação (causada pelo processo defensivo) for entendida, esclarecida, desfeita, através da análise, aparecerão os pensamentos carregados de desejo que tem clareza e lógica. Embora esta clareza e esta lógica não reflitam os costumes sociais aceitáveis.

É preciso esclarecer que esta hipótese freudiana será modificada a partir dos escritos do **“Além do Princípio do Prazer” de 1920**. Aí a segunda tópica é escrita por Freud, quando então é reconhecida a concepção de pulsão de morte. No entanto, o fato da pulsão de morte comandar o aparelho psíquico, segundo Freud, não desmente os resultados alcançados anteriormente, segundo o autor do livro **“A Escrita psicótica”**, Freire Muniz (2001).

Para elaborar um modelo do funcionamento do aparelho mental, Freud se deparou com os impasses colocados pela psicopatologia. Partindo da nomeação de **“neuropsicoses”**⁴, criou uma categoria que abrangia tanto as neuroses quanto as psicoses. Ficou demarcada a união das categorias clínicas entre si, através do conceito de defesa⁵. Freud descreve, em 1894, as distintas categorias clínicas como sendo as neuropsicoses de defesa, marcando a diferença entre a psiquiatria e a psicanálise. Enquanto doutrina, a psiquiatria sempre se propôs como tarefa a descrição das diferentes psicopatologias, apresentando-as como um processos doentios cerebrais dotados de um curso de desenvolvimento, com características distintas e fases a serem explicitadas. Segundo Freire (2001), a descrição psiquiátrica se assemelha a uma espécie de botânica da mente.

Já na psicanálise é a partir do conceito de defesa que a psicopatologia é tratada, ou seja, enquanto efeito de um conflito mental.

A patologia mental se forma a partir de um conjunto contraditório de enunciados carregados de totalidade afetiva, que apontam para múltiplos sentidos, e não pode ter sua lógica explicada senão na medida em que se elucidam os significados, as intencionalidades envolvidas em tais conflitos.

⁴ Termo criado por Freud para nomear transtornos nos quais a mediação psíquica é sobre determinada pelos conflitos infantis e seus modos específicos de defesa (histeria, neurose obsessiva, fobia e certas psicoses). Desde que foi feita a diferença entre neurose e psicose, o termo não foi mais utilizado (CHEMAMA, 1995, p.173).

⁵ Este termo significa conjunto de operações cuja finalidade é reduzir, suprimir qualquer modificação suscetível de pôr em perigo a integridade e a constância do indivíduo biopsicológico. O ego, na medida em que se constitui como instância que encarna esta constância e que procura mantê-la, pode ser descrito como o que está em jogo nessas operações e o agente delas. (...) (**Vocabulário da Psicanálise Laphanche e Pontalis**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. p. 107).

Também pode-se afirmar que Freud nunca deixou de lado o aspecto puramente quantitativo que influencia a dinâmica psíquica, isto é, o afeto que está nos processos intencionais.

Em 1914, no texto “**As pulsões e suas vicissitudes**”, Freud traz uma definição da pulsão como uma exigência feita pelo corpo ao psiquismo, a de realizar um trabalho mental de organizar e vincular psiquicamente, isto é, em termos de associações de representações, os impulsos pulsionais oriundos de dinâmicas fisiológicas (FREIRE, 2001, p.63). É o que será definido na teoria como dimensão econômica do funcionamento do aparelho psíquico, e Freud atribui a importância decisiva na etiologia das psicose. Entretanto essa dimensão econômica é a de interagir, adicionar complexidade a uma problemática que é da ordem do sentido. Segundo o autor acima citado, o aparelho psíquico freudiano é uma máquina de reprodução de impulsos para a realização de atos intencionais; nada do psiquismo fica fora do campo de intencionalidade. É o que Freud deixa claro quando afirma, em 1900 na “**A interpretação dos sonhos**”, que a única coisa capaz de fazer mover o aparelho psíquico é o desejo⁶; o desejo é o que move as representações, o que as encadeia e promove um ininterrupto fluxo mental. Desejar é ter intenção, é dar uma direção, uma meta ao percurso da energia psíquica através das representações, afirma Freire (2001).

Em linhas gerais a teoria da defesa freudiana enuncia que o sujeito lança mão da defesa para se livrar dos incômodos e efeitos de uma idéia associada a um conteúdo afetivo que lhe é aflitivo. Há uma incompatibilidade entre a idéia carregada de afeto e o conjunto da vida mental do sujeito; então esta idéia é afastada do resto da vida mental consciente e acaba construindo um grupo psíquico à parte. É a partir daí que surge o conceito de inconsciente para Freud. A defesa patológica, diferencia-se da normal devido a sua radicalidade, trata-se de um desinvestimento da representação do inconsciente, produzindo um material duma alucinação negativa, defesa primária, ou, na conceituação posterior a representação.

A neuropsicose de defesa consiste em trazer novamente à consciência a idéia incompatível, bem como o seu afeto correspondente, a fim de melhor descrever a cena do seu surgimento, de forma de permitir, através das associações verbais, descarregar o afeto excessivo e proporcionar à paciente uma forma de tornar a idéia novamente compatível com o restante de sua crença, de forma a resolver o conflito

⁶ Este termo significa na concepção dinâmica freudiana, um dos pólos do conflito defensivo. O desejo inconsciente tende a realizar-se restabelecendo, segundo as leis do processo primário, os sinais ligados às primeiras vivências de satisfação. A psicanálise mostrou, no modelo do sonho, como o desejo se encontra nos sintomas sob a forma de compromisso (**Vocabulário da Psicanálise Laphanche e Pontalis**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. p.113).

através de um conjunto racional. Percebemos então que a neuropsicose se distingue do funcionamento psíquico normal do psiquismo. Uma defesa normal, segundo Freud, é aquela que dificulta o investimento afetivo de uma idéia incômoda, permitindo apenas que pequenas quantidades de energia psíquica acedam a tal idéia (MUNIZ, 2001, p. 65).

O autor está chamando atenção para a situação de luto. Neste caso, o processo normal do psiquismo em que a idéia que faz sofrer está ligada com uma perda, ela só vai ser assimilada quando houver um desinvestimento libidinal da representação do objeto perdido.

Enquanto que a defesa patológica diferencia-se porque é radical: é necessário desinvestir radicalmente a representação inconveniente.

Na paranóia se tem o mecanismo de projeção. Enquanto os sintomas histéricos e obsessivos retornam deformados e conseqüentemente irreconhecíveis, na paranóia a auto-recriminação devida ao desejo incompatível ressurgem intacta, mas projetada no mundo externo; são outros que acusam e não o próprio sujeito que se auto-recrimina. A partir daí se pode ter uma compreensão da diferença entre o sintoma primário da neurose obsessiva, a auto-recriminação, que aparece deslocada do seu conteúdo, e o sintoma primário na paranóia, a desconfiança, ou seja, a auto-recriminação projetada. A partir disso, segundo Freire (2001), se tem a classificação freudiana acerca das categorias clínicas, a saber:

- neuropsicose histérica: repressão da idéia incompatível e conversão somática do afeto;
- neuropsicose obsessiva: repressão da idéia incompatível e deslocamento do afeto para a representação anódina, que passam a ser compulsivas;
- neuropsicose paranóica: repressão da idéia incompatível e do afeto corresponde, que permanecem idêntico a si, porém retorna ao projeto exterior e, por isso, irreconhecíveis.

É interessante notar que, neste momento, Freud já aponta uma diferença entre neurose e psicose, na medida em que mostra que o retorno do reprimido nas neuroses se faz através de condensação e deslocamento, de forma que a histérica e o obsessivo vão ser afetados através do sintoma enquanto lembranças da idéia incompatível afastada. Na paranóia a idéia é repelida, projetada, mas mantém-se idêntica a si, sem nem uma construção mnêmica. Freud constata então que as psicoses, diferentemente das neuroses, sofrem de um déficit de simbolização.

Nos termos metapsicológicos⁷, uma das preocupações freudianas era explicar a diferença entre os sintomas neuróticos e a alucinação, característica da psicose. Freud utiliza o termo alucinação de uma forma fluída mas fornece uma consistente descrição metapsicológica do fenômeno alucinatório, que ajuda a entender os mecanismos da psicose como era pensado naquela época. Primeiramente é preciso lembrar do funcionamento primário do aparelho psíquico, ele é pensado como sendo eminentemente alucinatório. Segundo Freud (no projeto de 1895), são duas experiências que articulam e direcionam o aparelho psíquico: a vivência de satisfação e a vivência de dor. Supondo o momento em que o bebê é inicialmente atormentado pela pulsão, e que não tem nem uma representação pra resolver a situação, o destino da energia psíquica será a motricidade.

Uma vez que no funcionamento primário do aparelho psíquico, na medida em que não tem um ego desenvolvido, mas sim processos não inibidos, esse complexo representativo, a vivência de satisfação, será revestido novamente pela pulsão até o ponto em que alcançará o nível de investimento que a representação perceptiva; neste momento acontecerá uma alucinação para recordar o sujeito do objeto que lhe causou a satisfação. No caso da vivência da dor, o complexo representativo que vai se fixar após a primeira experiência funcionará no psiquismo, devido às facilitações criadas, como um pólo atrator para a energia psíquica. Isso causa um revivescência alucinatória da dor, que vai provocar uma defesa primária, implicando em um desinvestimento do complexo representativo, a qual levará a produzir uma alucinação negativa.

Freire (2001) explica que o surgimento do eu, então vai retirar o aparelho psíquico da condição primitiva de existência, inibindo os processos psíquicos. A partir daí se tem uma predominância do processo secundário, anteriormente havia uma total primazia do processo primário. O eu evita o investimento excessivo do complexo de satisfação e do complexo da dor, através de suas catexias colaterais, o que vai resultar na vida mental operante e com um grau de energia psíquica moderada, sem alucinação negativa ou positiva. A memória, por inibição do eu, não é mais percorrida por uma energia psíquica altíssima, e que o mesmo tempo que o fracasso alucinatório primário ensinou o aparelho manter a continuidade do afeto pré-consciente.

⁷ Termo criado por Freud para designar a psicologia por ele fundada, considerada na sua dimensão mais teórica. A metapsicologia elabora um conjunto de modelos conceituais mais ou menos distantes da experiência, tais como a ficção de um aparelho psíquico dividido em instâncias, a teoria das pulsões, o processo do recalque, etc. A metapsicologia leva em consideração três pontos de vista: dinâmica, tópico e economia. (**Vocabulário da Psicanálise Laphanche e Pontalis**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. p 284).

Freud denominará cota de atenção sempre pronta a sobreinvestir as representações perceptivas não mais serão confundidas, na medida em que as segundas quase sempre apresentarão uma cota de investimento superior às primeiras, o aparelho psíquico terá aprendido então a diferença fundamental entre perceber e o recordar. A função do eu garantirá que o fluxo da energia psíquica no aparelho tenha uma direção. Da percepção consciente a memória será o modo progressivo do fluxo psíquico (MUNIZ, 2001, p. 68a).

Além da situação proto-histórica, em que o aparelho funcionava de modo alucinatório, se tem duas outras situações em que o fluxo de energia psíquica é invertido, passando a operar no modo regressivo, e responsável pela produção do fenômeno da alucinação: o sonho, durante o qual as vias perceptivas e motoras estão bloqueadas, e o processo psicótico. Neste caso, o modo regressivo ocorre dentro do eu, que é dominado pela catexia desejante inconsciente. Então, a alucinação corresponde ao investimento do sistema perceptivo a partir dos traços mnêmicos, provocado pelo eu enquanto agente inibidor e pelo investimento excessivo da representação desejada, dando origem a um fluxo regressivo da energia psíquica, o que vai fazer com que o campo perceptivo seja invadido pelas representações recordativas desejantes oriundas do inconsciente (FREIRE, 2001).

A reflexões até o momento correspondem à primeira e mais importante das elaborações teóricas freudianas a partir da clínica. A conceituação psicanalítica das psicoses acompanha, como se pode ver, a própria construção da primeira concepção do aparato psíquico.

A partir daí Freud aprofunda seu interesse na investigação sobre as leis do inconsciente. Escreve a **“Interpretação dos Sonhos” (1900)**, **“Três ensaios sobre a sexualidade” (1905)**, os textos sobre linguagem e inconsciente, a saber, **“Psicopatologia da vida cotidiana” (1901)** e **“Os Chistes sua relação com inconsciente (1905)”**. Por volta dos anos 1910 surgem outros textos sobre a clínica, como **“O pequeno Hans” (1909)**, **“O homens dos ratos” (1909)**, e **“Leonardo da Vinci e uma recordação de sua infância” (1910)**. Em 1911 se dá o trabalho mais importante elaborado por Freud sobre a psicose: O caso Schreber. Esse trabalho se dá a partir da problemática que gira em torno de narcisismo e homossexualidade cuja interdependência conceitual será demarcada no texto metapsicológico de 1914 **“Introdução ao narcisismo” (1914)**.

O caso Schreber é o texto mais elaborado acerca da psicose. Se compararmos este texto com o de outros casos clínicos freudianos, vemos que a profundidade psicanalítica no campo das psicoses não é tão satisfatório em riqueza como o das neuroses. A razão principal para esta diferença de aprofundamento teórico é apresentada por Freud: ao iniciar seu texto

sobre o presidente Schreber justifica a dificuldade do psicanalista para penetrar na lógica da psicose na medida em que o psicótico, pelo efeito da própria patologia, coloca obstáculos para a transferência, condição para o início do tratamento psicanalítico. Este fator clínico, tornaria o psicótico inacessível à psicanálise.

Justamente por esse motivo, toda a análise freudiana do caso se baseia não no relato de sessão, que de fato nunca ocorreram, mas, como se sabe, no texto publicado, as Memórias de um doente dos nervos, de autoria de Schreber, publicado em 1903, mas que só chegou a mãos do criador da psicanálise em 1909 (MUNIZ, 2001, p. 70).

Nos “Estudos sobre a histeria” (1893-1895), Freud diferencia o doente hipocondríaco do doente orgânico e da histérica. Segundo o autor que sigo para este capítulo as diferenças estão assim colocadas:

O doente orgânico, segundo Freud, ao se referir a sua doença fala de uma forma clara e objetiva. A paciente histérica, ao falar de seu sofrimento, é vaga, indiferente, parecendo ter a sua preocupação dirigida para outro lugar, decorrente do processo defensivo e bem-sucedido. Já o paciente hipocondríaco, ao referir a sua doença, tem uma grande dificuldade em se expressar, buscando um relato bem adequado de seu sofrimento.

Dentro da dinâmica psicótica, Freud situa a hipocondria como uma conseqüência do fracasso na defesa psicótica. No texto “Introdução a inconsciente” (1915), conceitua da seguinte forma: após a primeira fase do processo psicótico, desencadeada por exemplo a partir de uma frustração de um desejo, o sujeito retira a libido da realidade externa refluindo-a para o eu, dando origem a uma megalomania cuja função será manter regulado o excedente de libido que foi retirado do laço com os objetos (FREIRE, 2001). Enquanto se tem o funcionamento narcísico, o sujeito se mantém equilibrado, mas quando algum fato psíquico perturba essa fraca organização, o recurso à megalomania pode falhar e então surge a angústia hipocondríaca. Esta mantém o interesse do sujeito voltado para a erogeneização de um órgão a partir da libido narcísica, tenta preservar o recurso ao narcisismo, evitando que a nova investida da libido inconsciente desperte novamente o conflito psíquico e termine por lançar o sujeito na utilização de recursos defensivos radicais que implicariam uma regressão mais grave. A angústia hipocondríaca está para a psicose assim como a angústia neurótica está para a neurose de transferência, isto é, aponta para a ameaça do retorno de reprimido.

Todos estes elementos parecem provar a razão dos sintomas hipocondríacos estarem no início das crises de Schreber. Desta forma, pode-se pensar que sua aparente normalidade

anterior tinha a ver com a adaptação de Schreber à situação social a partir de uma distribuição narcísica da libido.

Ou seja, parece que o fracasso na candidatura às eleições, a qual disputou quando tinha 42 anos, teve como resultado uma ferida narcísica que derrubou seu equilíbrio subjetivo. Isso significa que a angustia hipocondríaca que acompanha o início das crises de Schreber justifica a hipótese de Freud.

A leitura freudiana do caso Schreber se concentra em torno dos dois pólos do delírio: a psicose aparece a partir de um delírio de perseguição sexual e termina com um delírio místico de redenção a partir da transformação de Schreber em uma mulher.

Em sua fase aguda, o delírio paranóico e alucinatório de Daniel Paul Schreber era na sua essência um delírio persecutório muito angustiante, centrado na idéia de que ele seria imperiosamente emasculado e transformado em mulher, não podendo escapar a esse abuso sexual. No início, o perseguidor era o professor Flechig, médico que tratava dele, instigador desse “assassino de alma” e do complô que transformaria seu corpo em um corpo de mulher para ser entregue então a um homem para abusos sexuais e depois largado, ou seja, abandonado com certeza à putrefação. Depois, o próprio Deus tomou o lugar de Flechig. Schreber teve a prova dessa perseguição ao ouvir a vozes que lhe falavam e através de experiências de destruição de alguns de seus órgãos como o estômago ou o intestino.

Posteriormente, esse delírio persecutório de base sexual transformou-se em um delírio de redenção, de modo que a fantasia angustiante de emasculação vinculou-se à idéia de que havia agora uma missão divina a ser cumprida: a idéia obsessiva de ser transformado em uma mulher passava então a fazer parte então de um projeto místico, o de ser fecundado pelos raios divinos a fim de gerar um novos seres humanos. Ele associava essa missão a Deus, por quem sentia uma mistura exigida de Schreber, homem de alta moralidade, um gozo sexual voluptuoso como só uma mulher pode experimentar. Essa transformação do delírio levou Freud a afirmar que vemos como uma produção mórbida, a formação do delírio, é na realidade a tentativa de cura, a reconstrução (QUINODOZ, 2007, p.118).

A interpretação freudiana essencial deste caso é que a idéia incompatível para Schreber diz a respeito a uma forte corrente homossexual inconsciente ligando-o ao Dr. Flechsig. Todo o delírio é repleto de referencias à figura paterna: Deus, o Dr. Flechsig, que era medico como o seu pai, e também o Sol, a respeito do qual o presidente se gabava de poder olhar diretamente sem se ofuscar. Schreber adocece a partir do momento em que não pode sustentar a organização libidinal que mantinha seu homossexualismo, parte sublimada, parte recalçada.

A emergência da fantasia pode levar o sujeito a um colapso psicótico. Na homossexualidade inconsciente, que Freud reconhece com ligado à figura do pai e embutindo consigo o reconhecimento da castração enquanto preço a pagar pela ocupação da posição feminina diante do pai. O sujeito Schreber é confrontado com um impulso pulsional duplamente insuportável para o seu psiquismo, por um outro lado, a homossexualidade é

incompatível com o narcisismo viril, a identificação narcísica secundária ao pai. Na castração implica a posição feminina tampouco é assimilável, que provoca delírio, que vai ser apresentado no ato sexual como sendo algo da ordem da destruição.

O complexo paterno chega ao ponto da demonstração, segundo o autor:

Freud pode invocar a relação infantil com o pai “Portanto, no caso Schreber, estamos mais uma vez no terreno familiar do complexo paterno”. Segundo ele, a análise revela que o conflito de Schreber com Flechsig e com Deus está fundado em um conflito infantil com o seu pai, de modo que o que determinou o delírio foi um mecanismo análogo ao mecanismo que produz a neurose: Freud postula que o pai de Schreber era visto por este como uma figura severa e imponente que proíbe a satisfação sexual auto-erótica do menino e ameaça puni-lo com a castração. Em outra palavra, o desejo de ser transformado em mulher que compõe o núcleo do delírio de Schreber não é senão o produto do medo de ser castrado pelo seu pai por causa da masturbação infantil, o que leva o menino a adotar uma posição homossexual passiva ou “posição feminina” no complexo paterno, constituído de uma mistura de submissão e revolta (QUINODOZ, 2007, p. 119).

Freud escreve que onde a neurótica histérica condensa e cria símbolos, o paranóico dessimboliza, desfazendo as condensações e as identificações.

Nas neuroses de transferência a libido que é desinvestida dos sujeitos retorna para o inconsciente onde vai investir as representações fantásticas do objeto, nas psicoses, diz Freud, a retirada da libido é mais radical, de forma que a representação inconsciente de coisa são também desinvestidas, retornando a libido para o eu, onde vai dar origem aos fenômenos de megalomania ou melancolia (MUNIZ, 2001, p. 74).

Durante o delírio do paciente o que ocorre é o conflito que irá decidir se a libido retirado das relações objetivas, regressará para o narcisismo, configurando com uma paranóia, ou se mergulhará ainda mais fundo nas formas primitivas de existência retornando ao auto-erotismo característico da esquizofrenia. Na psicose, sob o efeito dos mecanismos de defesa que caracterizam esta patologia, é também a linguagem que ameaça perder a sua funcionalidade semântica, e em última instância, a perda total pela linguagem da capacidade de produzir sentido, resultado que é muito comum na esquizofrenia.

2.2 Um mecanismo específico das psicoses

Segundo Freire, se na evolução da psicose, há muitos fenômenos de afastamento para o psicótico do mundo humano, há também o processo delirante, o qual parece ser o aspecto mais patológico da doença. Mas, para Freud, é exatamente o contrário, ou seja, consiste numa tentativa espontânea da cura por parte do psicótico. Se o processo defensivo abole o mundo

externo e, posteriormente, o mundo interno, o mundo delirante visa restaurar o mundo subjetivo perdido do psicótico. Isso não quer dizer que a percepção tenha sido suprimida internamente e projetada para o exterior, mas sim o contrário, isto é, aquilo que foi abolido internamente retorna desde fora. Assim, Freud rearticula e complexifica o conceito de defesa psicótica. A projeção, como era utilizada por Freud, dizia respeito à idéia de que neste mecanismo se trata de transpor para fora, a partir do interior do psiquismo, uma realidade interna do sujeito. Esta concepção não é eliminada entretanto:

A nova concepção freudiana é elaborada a partir da noção de Verwerfung, é a rejeição ou a abolição, que vem mostrar, que não se trata na psicose essencialmente de transposição para o exterior, na verdade, o mecanismo de defesa psicótica que vai eliminar a vida interior, o que se constata com frequência na esquizofrenia, principalmente no que a psiquiatria chamaria de hebefreia. Uma vez abolido o mundo subjetivo, é desde fora, pela percepção, que irá eventualmente recomençar o processo de reconstrução do mundo psíquico (MUNIZ, 2001, p. 75-6).

Refletindo sobre o processo da abolição interna, entramos naquilo que faz a especificidade dos procedimentos psicóticos, pois enquanto Freud amparava sua reflexão sobre a psicose no mecanismo da projeção, não havia, dizendo propriamente, algo peculiar a psicose, na medida em que a projeção é um fenômeno acessível a todo o aparelho psíquico. A partir do conceito de Verwerfung, Freud consegue, sem muito alarde, pois esta noção não tem muito destaque em sua obra, mostra que efetivamente não é louco quem quer. Isto é, pode-se dar um estatuto específico à psicose enquanto afecção psíquica, diferenciando-a das outras neuroses através de um instrumento teórico mais rigoroso que a mera constatação clínica de que na psicose não há transferência analítica ou de que nela se utiliza mais projeção (MUNIZ, 2001). Como escreve o autor:

Em termos metapsicológicos, em que nela consiste a Verwerfung? Na neurose, o processo de repressão afasta as idéias incompatíveis da consciência, mas não afeta a representação das coisas do inconsciente, que permanece investida, de forma que o neurótico, apesar de se distanciar da realidade dolorosa, não rompe com ela, podendo, via análise, recuperá-la. O fenômeno da transferência vem justamente mostrar que a capacidade do sujeito de estabelecer laços amorosos não está perdida, apenas perturbada (MUNIZ, 2001, p. 76).

A repressão tem o efeito de separar a representação da palavra consciente da representação de coisas inconscientes que lhe corresponde, na medida da concepção freudiana que linguagem é denotativa, isto é, a menor unidade de sentido inclui uma representação das palavras que mostra uma representação de alguma cena do inconsciente. Desta forma, o neurótico não perde a cena em que seu desejo está implícito, mas perde a capacidade de

nomear e trazê-la para a consciência. Na psicose, a realidade que causou dor não apenas é afastada mas eliminada.

Em 1915, Freud escreve um importante texto sobre a melancolia. Esta é classificada dentro da psicose (chamado na época de neurose narcísica). Este termo significa que nesta neurose a libido que se desprende dos objetos retorna para o Eu e não para as fantasias inconscientes.

Para estudá-la, a estratégia freudiana será estabelecer um cotejo com o processo do luto, considerando um fenômeno do psiquismo normal. A melancolia, portanto, seria um luto patológico. Em comum, luto e melancolia apresentam o desânimo penoso, a inibição das atividades a partir do desinteresse pelo mundo externo, o que implica uma perda significativa na capacidade de amar (MUNIZ, 2001. p. 84).

Nesses processos o fator desencadeante é a perda do objeto amado, que dizer, a necessidade de desligamento da libido de um objeto. A melancolia apresenta em sua fenomenologia um aspecto que falta no luto normal, o delírio de inferioridade moral, a perda da auto-estima, que se manifesta através da cruel auto-recriminação que o melancólico costuma invariavelmente mostrar de forma exaltada (que não deixa de se contradizer com o estado de desânimo que apresenta). A melancolia se apresenta articulada em períodos alternados com processos maníacos, e com manifestações paranóicas. Onde a paranóia projeta-se na auto-recriminação, que recebe hostilidade do outro, a melancolia dispensa a projeção, e mantém a recriminação voltada contra o eu.

O sintoma da paranóia é a desconfiança do outro, o sintoma da melancolia é a auto-desconfiança. Portanto, tem-se uma proximidade entre ambas formações patológicas, paranóica e melancólica. A melancolia costuma ser menos estável clinicamente que a paranóia. Em relação às neuroses de transferência, a melancolia guarda semelhança com a neurose obsessiva, pois ambas compartilham a auto-recriminação como sintoma primário. Na relação às neuroses de transferência, a melancolia tem uma semelhança com a neurose obsessiva, já que ambas compartilham a auto-recriminação como sintoma primário, sabe-se que a melancolia chega ao extremo do suicídio, enquanto que a neurose obsessiva limita-se à autotortura moral. O obsessivo e melancólico se culpam pela perda do objeto amado, aqui se tem uma ambivalência, em ambos os casos o objeto amado era odiado ao mesmo tempo, essa ambivalência se manifesta no inconsciente. Ao perder este objeto, o neurótico retorna a pulsão agressiva contra o eu; o melancólico, por sua vez, chega ao mesmo resultado. O que especifica a melancolia, a partir do ponto de vista freudiano, reside no predomínio que demonstra da libido narcísica. O obsessivo sofre por causa do conflito de ambivalência, no

entanto o seu investimento libidinal é eminentemente anaclítico. Em relação ao luto normal, conseqüentemente, a melancolia se diferencia pela ambivalência inconsciente e pela primazia da libido narcísica sobre a libido anaclítica. É um amor narcísico que mantém a melancolia ligado ao objeto, daí a perda do enlutado será um empobrecimento do mundo externo, o empobrecimento da melancolia será do eu. Se tratando da afecção narcisista, na melancolia a perda não é assumida, pois a perda do luto consiste em uma experiência de castração.

O melancólico se mantém rebelado contra a lacuna que abre a disposição libidinal e, incapacitado de assumir a castração, incorpora narcisicamente o objeto perdido. Fixado na face oral marcada pelo narcisismo, o melancólico tem um regressão diante do desligamento do libido do objeto perdido, e se identifica narcisicamente com o objeto, incorporando-o, enquanto um objeto total. Portanto uma parte do eu torna-se perdido, enquanto a outra parte assume o lugar da instância crítica, alimentada pelo ódio responsável pelo conflito de ambivalência, transpõe-se para o interior do eu a luta que vai absorver o melancólico. Ao ver um sujeito, acusando-se de ser o pior ser vivo da terra, sabe-se que, na verdade o sujeito acusa o objeto perdido cuja sombra agora caiu sobre o eu.

A incorporação narcísica do objeto chegará à melancolia, um ser que se apresenta aparentemente completo, sem furos. O processo melancólico tem o seu determinante na castração, o que deixa o melancólico impossibilitado de assumir a qualquer renúncia pulsional.

O enriquecimento da teoria das psicoses se fará a partir de dois textos de Freud: (1923-4) **“Neuroses e psicoses”** e **“A perda da realidade na neurose e na psicose”**. Nesses textos, Freud faz uma realocação das categorias clínicas e dos mecanismos envolvidos nos processos psicóticos a partir da nova concepção do aparelho psíquico. Aqui nesses textos Freud busca mover-se em torno da idéia exposta em **“O eu e o isso”** (Freud 1923), em que o eu é pensado como uma instância reguladora exposta a pressões múltiplas: por um lado os imperativos da realidade externa, de outro, as exigências descabidas do isso e, por último, o peso esmagador do supereu.

[...] o eu é então descrito como esse agente conciliador que deve servir da melhor forma possível a esses três senhores, todos tirânicos. Diferenciados então neurose e psicose Freud afirmará que, enquanto a neurose é o resultado de um conflito entre o eu e o isso, a psicose é desfecho de um distúrbio nas relações entre o eu e o mundo externo (MUNIZ, 2001. p. 87).

A etiologia inicial seria compartilhada por ambas as psicopatologias: trata-se de uma frustração de um desejo que acarretará a retirada da libido do mundo externo, embora sem

alteração, no primeiro momento. Na neurose se tem uma obediência à realidade externa, com a conseqüente retração da libido para as fantasias inconsciente. Na psicose, a obediência inicial à realidade frustrante implicará um forte desinvestimento da relação com o mundo externo, dando origem a uma nova megalomania.

Outra questão importante trata também da neurose e da psicose. É a reação de um poder do isso, no sentido de recusar a opressão da realidade externa. Corresponde ao período de castração do sintoma. O sintoma neurótico terminará por impor ao eu uma formação de compromisso, em que a realidade opressiva é parcialmente obscurecida a partir do retorno da satisfação pulsional que invade o campo do vivido do sujeito. Um exemplo são os pensamentos de caráter compulsivo do neurótico obsessivo.

Na psicose, a imposição da realidade tem como efeito uma retirada do investimento libidinal. O mundo externo se esvazia e também a parte do mundo interno do psicótico é eliminada. Quando o isso afirma novamente os seus desejos, a realidade é invadida pelo delírio e pelas alucinações.

Se o processo neurótico inicia pelo afrouxamento do laço libidinal com a realidade, e a posterior desvirtuação desta realidade, na psicose se tem o abandono radical de um fragmento de realidade sucedido pela sua recriação. A neurose implica em um confronto entre o eu e a realidade externa, assim como na psicose não deixa de se apresentar como uma luta entre o eu e o isso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A esquizofrenia é uma doença muito grave e devastadora. Esta patologia é encontrada em todas as classes sociais, e não mostra prevalência entre homens e mulheres. Como a literatura específica aponta, esta patologia costuma afetar homens entre quinze e vinte e cinco anos e mulheres entre vinte e cinco e trinta anos de idade, sendo que, antes dos dez anos de idade ou após os cinquenta anos, a esquizofrenia é extremamente rara. A demanda de serviços a serem prestados a esta população é grande e tem um custo humano e financeiro decorrente.

A esquizofrenia é a doença que mais desperta interesse na área psiquiátrica. Trata-se de um distúrbio freqüente e que afeta mais de 1% da população em diferentes culturas, além de ser bastante comum, esta doença é também uma das que mais debilita.

Após oitenta anos do surgimento do termo esquizofrenia ressaltar uma divisão entre as funções do pensamento, da afetividade e do comportamento, ainda hoje a delimitação da doença, como entidade única, continua sendo difícil dada à heterogeneidade de suas formas de apresentação. Não há, na esquizofrenia, uma característica nuclear essencial. Portanto, não se tem um consenso, por exemplo, do uso de psicofármacos em seu tratamento.

Os sintomas da esquizofrenia são classificados em sintomas positivos, caracterizados por uma distorção do funcionamento normal da função psíquica, tais como: delírio, alucinações, pensamento incoerente, agitação psicomotoras, afeto incongruente. E também como sintomas negativos: caracterizados por perda da função psíquica semelhante às da deficiência intelectual e da memória, pobreza de discurso, embotamento afetivo, incapacidade de sentir prazer, isolamento social e falta de motivação.

Os requisitos básicos do DSM_IV para a doença esquizofrenia tem como exigência que durante um período significativo (desde o início das perturbações), o funcionamento em áreas específicas como o trabalho, relação social e os cuidados pessoais estejam acentuadamente abaixo do nível mais alto atingindo antes do início da perturbação.

O diagnóstico da doença continua sendo essencialmente clínico, com base na presença e curso de determinados sintomas. De forma geral, as diretrizes diagnósticas usadas, hoje em dia, continuam sendo derivados das descrições clássicas de Krepelin, Bleuler e Schneider. A investigação de possíveis alterações neurológicas, de exames complementares e psicológicos, são importantes para o diagnóstico diferencial e podem contribuir no planejamento da abordagem terapêutica do paciente.

Se tem muitos estudos da prevalência da esquizofrenia realizadas nos cinco continentes. Entretanto, os trabalhos de incidências em esquizofrenia são em menor número.

Tem estudos que são mais trabalhosos, que requerem uma avaliação longitudinal, com duas avaliações em diferentes períodos sobre a mesma população e, a partir dessas avaliações, determinam quando se tem aparecimento de novos casos nesse mesmo intervalo. Sua incidência anual está entre 0,1-0,7 novos casos para cada 1.000 habitantes. A taxa de incidência como a de prevalência variam em até 10 vezes. Os fatores que explicam são: (1) diferenças nos critérios e diagnósticos utilizados; (2) diferença quanto às seleções das amostras; (3) diferenças culturais; (4) diferenças verdadeiras, isto é, biológicas e genéticas.

Atualmente, se tem uma diminuição de internações de pacientes. Esse dado pode estar relacionado à história, de que a esquizofrenia é um transtorno novo, que surgiu com a revolução industrial, sendo rara antes de 1750, crescendo progressivamente o número de doentes até o final do século XIX e início do século XX. A conclusão tem que ser interpretada com cuidado devido às grandes mudanças nas estruturas de organização do tratamento psiquiátrico, assim como mudanças nos conceitos da doença durante estes três últimos séculos.

A diferença de abordagem entre a psiquiatria e a psicanálise em relação à esquizofrenia situa-se da seguinte forma: na clínica psiquiátrica, o conceito de psicose é tomado em uma ampla extensão, de maneira a abranger toda doença mental.

Na psicanálise, de início, não se tinha uma eficácia na classificação que abrangesse a totalidade das doenças mentais. Assim, o interesse incidiu nas afecções mais diretamente acessíveis à investigação analítica e, dentro deste campo as principais distinções são as que se estabelecem entre as perversões, as neuroses, e as psicoses.

Na psicanálise se tem diferentes estruturas: a paranóia (que inclui de modo geral as afecções delirantes), a esquizofrenia, por um lado, e por outro a melancolia e a mania. É numa perturbação primária da relação libidinal com a realidade que a teoria psicanalítica vê o denominador comum das psicoses, onde, a maioria dos sintomas manifestos, a construção do delírio, são tentativas secundárias de restauração do laço objetal.

Inicialmente Freud se impôs uma elaboração de um modelo do funcionamento do aparelho psíquico capaz de dar conta dos fenômenos normais quanto dos patológicos. A hipótese freudiana coloca que não tem distinção de ordem qualitativa entre o normal e o patológico, há uma diferença na ordem quantitativa. Assim, o funcionamento patológico se caracteriza pela má gestão dos recursos psíquicos diante da mesma problemática que a mente normal consegue equacionar satisfatoriamente, isto é, sem gerar tensões psíquicas exageradas que determinariam problema psíquico.

Freud, nesta elaboração, se deparou com os impasses colocados pela psicopatologia. Partindo da nomeação de neuropsicose, criou uma categoria que abrange as neuroses quanto as psicoses. Há uma união das clínicas entre si, através do conceito de defesa. Em 1894, Freud escreveu as distintas categorias clínicas como sendo as neuropsicoses de defesa, marcando a diferença entre a psiquiatria e a psicanálise. A psiquiatria sempre se propôs como tarefa a descrição das diferentes psicopatologias, apresentando-as como processos doentios cerebrais.

Na psicanálise é a partir do conceito de defesa que a psicopatologia é tratada, ou seja, enquanto efeito de um conflito mental. A patologia mental se forma a partir de um conjunto contraditório de enunciados carregados de tonalidade afetiva, que apontam para múltiplos sentidos, e não pode ter sua lógica explicada senão na medida em que se elucidam os significados, as intencionalidades envolvidas em tais conflitos.

A teoria da defesa enuncia que o sujeito lança mão da defesa para se livrar dos incômodos e efeitos de uma idéia associada a um conteúdo afetivo que lhe é aflitivo. Se tem uma incompatibilidade entre a idéia carregada de afeto e o conjunto da vida mental do sujeito, esta idéia é afastada do resto da vida mental consciente e acaba construindo um grupo psíquico à parte.

No caso do luto, o processo normal do psiquismo que a idéia em que faz sofrer está ligada com uma perda, só vai ser assumida quando houver um desinvestimento libidinal da representação do objeto perdido. Enquanto que a defesa patológica diferencia-se porque é radical, é necessário desinvestir radicalmente a representação inconveniente.

Nos termos metapsicológicos, uma preocupação freudiana era explicar a diferença entre os sintomas neuróticos e a alucinação, característica da psicose.

As reflexões até o momento correspondem à primeira e mais importante das elaborações teóricas freudianas a partir da clínica. A conceituação psicanalítica das psicoses acompanha, como se pode ver, a própria construção da primeira concepção do aparato psíquico.

A partir daí, Freud aprofunda seu interesse na investigação sobre as leis do inconsciente. Escreve muitos textos para construir a teoria psicanalítica. Em 1911 se dá o trabalho mais importante elaborado por Freud sobre a psicose: O caso Schreber. Esse trabalho se dá a partir da problemática que gira em torno de narcisismo e da homossexualidade cuja interdependência conceitual será demarcada no texto metapsicológico, de 1914 “Introdução ao narcisismo”.

Na evolução da psicose há muitos fenômenos de afastamento (para o psicótico) do mundo humano. Há também o processo delirante, o qual parece ser o aspecto mais patológico

da doença. Mas, para Freud, é exatamente o contrário, ou seja, consiste numa tentativa espontânea de cura por parte do psicótico. Se o processo defensivo abole o mundo externo e, posteriormente, o mundo interno, o mundo delirante visa restaurar o mundo subjetivo perdido do psicótico. Isso não quer dizer que a percepção tenha sido suprimida internamente e projetada para o exterior, mas sim o contrário. Isto é, aquilo que foi abolido internamente retorna desde fora. Assim, Freud rearticula e complexifica o conceito de defesa psicótica.

O enriquecimento da teoria das psicoses se fará a partir de dois textos de Freud: (1923-24) **“Neuroses e psicoses”** e **“A perda da realidade na neurose e na psicose”**. Nesses textos, Freud faz uma realocação das categorias clínicas e dos mecanismos envolvidos nos processos psicóticos a partir da nova concepção do aparelho psíquico. Aqui nesses textos Freud busca mover-se em torno da idéia exposta em **“O eu e o isso”** (FREUD, 1923), em que o eu é pensado como uma instância reguladora exposta a pressões múltiplas: por um lado os imperativos da realidade externa, de outro, as exigências descabidas do isso e, por último, o peso esmagador do supereu.

Na psicose, a imposição da realidade tem como efeito uma retirada do investimento libidinal. O mundo externo se esvazia e também a parte do mundo interno do psicótico é eliminada. Quando o isso afirma novamente os seus desejos, a realidade é invadida pelo delírio e pelas alucinações.

Se o processo neurótico inicia pelo afrouxamento do laço libidinal com a realidade, e a posterior desvirtuação desta realidade, na psicose se tem o abandono radical de um fragmento de realidade sucedido pela sua recriação. A neurose implica em um confronto entre o eu e a realidade externa, assim como na psicose não deixa de se apresentar como uma luta entre o eu e o isso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Cilene R.; SILVA, Maria T. A esquizofrenia e seu Tratamento Farmacológico. In: **Estudo de Psicologia**. Campinas, v.18, n.1, p. 12, jan.-abr. 2001.

BOCK, Ana Mercês Bahia; FURTADO, Odair; TEIXEIRA, Maria de Lourdes Trassi. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia**. 13. ed. ref. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2002.

CHEMAMA, Roland (org.). **Dicionário de Psicanálise**. Francisco Franke Settineri (trad.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Dorgival Caetano (trad.). Coord. Organiz. Mund. da Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

FONTES, Martins. **Vocabulário da Psicanálise Laplanche e Pontalis**. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda, 2001.

FREIRE, Marcelo Muniz. **A escritura psicótica**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2001.

_____. **A escritura psicótica**. A concepção Freudiana das Psicoses. Ed. Companhia de Freud. Ano 2001. Capítulo 2.

GEITMAN, Henry; REISBERG, Daniel; GROSS, James. **Psicologia**. Ronaldo Cataldo Costa (trad.). 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 848 p.

KAUFMANN, Pierre. **Dicionário Enciclopédico de Psicanálise o Legado de Freud e Lacan**. Rio de Janeiro: Editor Jorge Zahar, 1996.

_____. **Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan**. Vera Ribeiro e Maria Luiza X. de A. Borges (trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

LAPLANCHE, Jean. **Vocabulário da Psicanálise/Laplanche e Pontalis**. Pedro Tamen (trad.). 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

NETO, Mario Rodrigues Louzã; MOTTA, Thelma da; WANG, Yuan-Pang; ELKIS, Hélio. **Psiquiatria Básica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PAIM, Isaias. **Esquizofrenia**. 3. ed. atual. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas Ltda, 1978. p. 108.

PEREIRA, Osvaldo de Almeida. **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. Capítulo 9.

QUINODOZ, Jean Michel. **Ler Freud: Guia de Leitura da obra de S. Freud**. Fátima Murad (trad.). Porto Alegre: Artmed, 2007.

Revista de psiquiatria clínica. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0101-6083>. Acesso em 16 de setembro de 2010.

WIKIPEDIA. **Esquizofrenia.** Disponível: <<http://PT.wikipedia.org/wiki/esquizofrenia>>. Acesso em 09 de setembro de 2010.

_____. **Idiopático.** Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/idiop%C3%A1tico>>. Artigo do dia 26/06/2010. Acesso em 22 de setembro de 2011.