

A ESQUIZOFRENIA NO FILME "UMA MENTE BRILHANTE"

Trabalho realizado no âmbito da cadeira de Psicopatologia, do 3º ano,
do curso de Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (Lisboa, Portugal)

2010

**Andreia Catarino
Fabiana Ferreira
Helena Salsinha**

Estudantes da Licenciatura em Psicologia do Departamento de Psicologia
da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia, Lisboa, Portugal

Docentes:

**Miguel Alvarez
Maria Purificação Horta**

E-mail:

helena.isabel06@gmail.com

RESUMO

A esquizofrenia é um tema marcante que continua a despertar o interesse de clínicos e investigadores. O presente trabalho procura explicar a relação entre os factores ambientais e familiares que levam ao desenvolvimento desta perturbação psicótica. Pretende também conhecer os tipos de esquizofrenia existentes, as suas causas, os efeitos que a doença tem nos familiares e as terapias utilizadas, não para a sua cura, mas sim, para o seu melhoramento.

Palavras-chave: Esquizofrenia, perturbação, núcleo familiar, discriminação

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objectivo analisar a esquizofrenia, os seus sintomas, causas, tipos e tratamentos. Para uma melhor compreensão do tema baseamo-nos na visualização do filme “Uma mente brilhante”.

De acordo com Black e Andreasen (1994), a esquizofrenia pode ser descrita como uma doença psiquiátrica grave e debilitante, existente em quase todas as culturas e épocas. Esta perturbação psicótica é percebida através de um conjunto de sinais e de sintomas característicos, associados a uma disfunção social. Os sintomas podem ser conceptualizados em três categorias, sintomas positivos, caracterizados por distorções do pensamento, percepção, linguagem e autocontrolo do comportamento, sintomas negativos, que incluem restrições da variedade e da intensidade de expressões emocionais de fluência e produtividade do pensamento e do discurso e, por último, pelos sintomas cognitivos, que envolvem problemas com a atenção, memória e funções de execução (DSM-IV, pp 299).

Podem destacar-se cinco subtipos de esquizofrenia: o tipo desorganizado, catatónico, indiferenciado, residual e paranóide, estando este último presente no referido filme (DSM-IV, pp 333). Não são ainda conhecidas as causas desta perturbação, mas deduz-se que sejam provenientes de uma combinação de factores genéticos e ambientais (Gottesman, 1991).

Não existe um tratamento que cure a esquizofrenia, no entanto, existem fármacos que podem ajudar a estabilizá-la. As primeiras terapias usadas em esquizofrenia foram a cura do sono, provocada por meios hipnóticos, os métodos de choque, a convulsivoterapia e o electrochoque (História da esquizofrenia, pp. 77), terapias estas que foram extintas devido às consequências negativas que provocavam.

Com este trabalho pretendemos aprofundar esta temática e apresentar estudos mais pertinentes sobre a mesma.

A Esquizofrenia no filme “Uma Mente Brillhante”

Foi Bleuler (1911) que referiu o termo esquizofrenia pela primeira vez. Para ele os sintomas fundamentais desta doença seriam a perda de associação entre as diferentes funções psíquicas, ambivalência afectiva, embotamento afectivo e autismo. Este autor afirmava também, que existiam sintomas acessórios, ou seja, que poderiam não estar presentes em todos os casos de esquizofrenia, tais como, as alucinações, as ideias delirantes e o negativismo.

Actualmente, a esquizofrenia pode ser definida como uma desordem cerebral crónica grave e incapacitante. É caracterizada por uma *“afecção mental endógena de causa desconhecida, descrita particularmente pela dissociação da personalidade (incoerência ideoverbal, ideias delirantes mal sistematizadas), por profundas perturbações afectivas, no sentido de distanciamento e pela estranheza dos sentimentos”* (Dicionário Médico, pp 247). É comum estes indivíduos possuírem ideias delirantes persecutórias e de auto referência. Na primeira os sujeitos podem ouvir vozes e acreditar que os outros estão a controlar os seus próprios pensamentos ou a conspirar contra o mesmo, acreditando também que estão a ser espiados ou seguidos.

Relativamente às ideias de autoreferência, o sujeito acredita que certos jornais, revistas, passagens de um livro, entre outras situações ambientais lhe são especificamente dirigidas (DSM – IV, pp 299). Na visualização do filme escolhido, “Uma mente brilhante”, deparamo-nos com a presença destes sintomas na personagem John Nash, um famoso matemático que elaborou uma teoria revolucionária no campo da macroeconomia. Mais tarde verificou-se que a personagem sofria de esquizofrenia, mantendo intacto o seu campo cognitivo (1h09m36s). Se ao longo das experiências vividas por um indivíduo não surgirem ideias incompreensíveis e improváveis, estas são consideradas bizarras (DSM – IV, pp 299). Relativamente ao filme verificamos que estão presentes ideias bizarras, uma vez que John Nash vivia numa realidade distorcida e acreditava que estava a ser perseguido e que lhe tinham introduzido um chip de localização, vivendo assim o seu dia-a-dia inconstantemente (55m29s).

É comum, pessoas que possuem esta perturbação, ficarem sentadas por longos períodos de tempo, falando pouco e até mesmo pronunciarem frases sem sentido, sendo assim difícil manter um emprego ou cuidar de si próprios (DSM – IV, pp 300).

As alucinações ocorrem em várias modalidades sensoriais, sendo as auditivas as mais comuns da esquizofrenia, caracterizadas por duas ou mais vozes conversando uma com a outra ou quando há comentários constantes sobre o pensamento do sujeito. Diversos autores defendem a ideia de que as alucinações se devem a uma inaptidão para diferenciar as imagens armazenadas na memória das experiências perceptivas, entre as experiências que se formam no exterior e aquelas que se originam no interior. Segundo McGuigan (1966), Green e Preston (1981), os pacientes com esquizofrenia ouvem a sua própria voz e interpretam-na como sendo de outra pessoa. Existem alucinações auditivas que não são consideradas características da esquizofrenia, por exemplo quando o indivíduo ouve zumbidos na cabeça ou ouve chamar por si próprio (DSM – IV, pp 300). No decorrer do filme John Nash depara-se com várias alucinações auditivas e visuais. Vive em constante alucinação, acreditando em tudo o que pensa e ouve, sem se que ele próprio ou os que lhe são próximos se apercebam da sua situação. Criou o seu próprio mundo, acreditando que trabalhava para o governo a decifrar códigos secretos, chegando mesmo a visualizar pessoas e acontecimentos.

Vários autores defendem a ideia de que o pensamento desorganizado é a característica mais pertinente da esquizofrenia. O doente apresenta um discurso incoerente, podendo mesmo introduzir temas inesperados (DSM – IV, pp 300).

Os primeiros sinais da esquizofrenia podem surgir quando ocorrem alterações a nível social, como por exemplo quando a criança ou o adolescente muda de escola. Num quadro de desinteresse no desempenho escolar, irritabilidade e insónias, podemos estar perante sinais que conduzem à esquizofrenia (DSM-IV, pp 301).

As perturbações da esquizofrenia dividem-se em sintomas negativos, sintomas positivos e sintomas cognitivos. Dos sintomas negativos fazem parte a apatia, o discurso pobre, o

embotamento emocional, ou seja, indivíduos que não sentem emoções e que, por consequência, não é possível perceber o que realmente sentem, uma vez que a intensidade destas é praticamente nula. Existem sintomas que ao serem confundidos com preguiça e depressão, podem não ser considerados característicos da esquizofrenia, como por exemplo, a diminuição na capacidade de iniciar planos, de falar e de expressar emoções (DSM – IV, pp 301). Nos sintomas positivos, tanto no pensamento como no movimento, existem percepções diferentes, como as alucinações, as desordens e os delírios como, por exemplo, um indivíduo que acha que está a ser perseguido pela polícia secreta ou acha que é o responsável pelas guerras do mundo (DSM – IV, pp 302). Estes sintomas estão presentes no filme analisado no momento em que o personagem John Nash acredita que está envolvido numa perseguição (55m29s). Os sintomas cognitivos da esquizofrenia são ténues e só se conseguem detectar através de testes neuropsicológicos. Estes consistem na diminuição da capacidade de absorção e interpretação de informações, incapacidade de manter a atenção e problemas com a capacidade de manter na mente a informação aprendida recentemente e usá-la de imediato (DSM – IV, pp 302).

Na esquizofrenia podem-se encontrar cinco subtipos, definidos pela sintomatologia predominante na altura da sua avaliação. O subtipo desorganizado, considerado o mais grave, resume-se a um discurso e comportamento desorganizados e afecto inapropriado ou embotado. Como características estão incluídas as ideias delirantes não organizadas, irritabilidade marcada e associada a comportamentos agressivos e um contacto muito pobre com a realidade. No subtipo catatónico são predominantes os sintomas motores e alterações da actividade, que podem ir desde um estado de cansaço até à excitação. Neste subtipo podem existir riscos de desnutrição ou auto-agressões. O subtipo indiferenciado representa um decréscimo acentuado da actividade laboral ou intelectual e um isolamento social marcado, observando-se uma certa apatia relativamente ao mundo exterior. No subtipo residual não estão presentes ideias delirantes ou alucinações, nem discurso e comportamento desorganizado, existe apenas um isolamento social marcado por um embotamento afectivo e uma pobreza ao nível do conteúdo do pensamento. O subtipo paranóide caracteriza-se por alucinações auditivas ou ideias delirantes dominantes, onde se preservam as funções de afecto e funções cognitivas. As ideias delirantes são normalmente persecutórias, não respeitando o tempo e o espaço, actuam e manifestam-se envolvendo tudo e todos. A ansiedade, a cólera e a indiferença constituem características associadas a estas ideias. O sujeito pode apresentar uma postura de superioridade ou de comando e também afectação, formalismo ou uma extrema intensidade nas relações interpessoais. A temática persecutória pode predispor o sujeito a comportamentos suicidas e a combinação de ideias delirantes e de grandeza podem levá-lo a actos de violência (DSM – IV, pp 313). No filme, as ideias persecutórias de John Nash passaram a ditar os seus pensamentos e comportamentos, o que o levou a afastar-se do convívio com as pessoas, pensando que elas estavam envolvidas com os seus inimigos (1h08m58s). Os sujeitos com o subtipo paranóide apresentam normalmente um baixo défice em testes neuropsicológicos

e, alguns autores, sugerem que o prognóstico deste é consideravelmente melhor do que os outros tipos de esquizofrenia (DSM-IV, pp 313).

As causas da esquizofrenia resultam de uma combinação entre factores genéticos e ambientais. Quanto à hereditariedade, a probabilidade de alguém com um filho esquizofrénico poder vir a ter um outro filho com a mesma patologia é de 8%. No entanto, a hereditariedade, não parece ser considerado um factor determinante no aparecimento da esquizofrenia, já que também é comum filhos de pais esquizofrénicos não desenvolverem a perturbação. Em relação à população mundial o risco de padecer desta doença é de 1% (Andreasen e Black, 1991; Rosenthal, 1970).

Relativamente aos factores genéticos, estes não são suficientes para explicar o aparecimento da esquizofrenia, mas são bastante importantes para o seu desenvolvimento. Se uma doença é causada por factores genéticos, então gémeos idênticos têm o mesmo risco de apresentar a doença, ou seja, se um gémeo tem a doença o outro irá ter também. Sabe-se que a genética é responsável por cerca de 50% do aparecimento da esquizofrenia, sendo a outra metade devida aos factores ambientais. Verificamos que a esquizofrenia não é uma doença hereditária simples, mas sim uma doença genética complexa e multicausal (Gottesman, 1991).

Alguns investigadores concentram-se na personalidade dos progenitores dos esquizofrénicos, enquanto factor predisponente. As mães dos esquizofrénicos são caracterizadas como frias, dominadoras e falsas, e os pais são distantes, sem sentido de humor, fracos e passivos (Arieti, 1959). Ainda que o meio familiar seja favorável à ocorrência da patologia, acredita-se que tal facto não constitui prova de que este possa causar ou despertar a doença, podendo considerar-se mais uma consequência que uma causa (Gleitman, 2007).

A esquizofrenia provoca reacções emocionais nos familiares, gerando inicialmente um processo de negação da doença e posteriormente de revolta. Esta pode interferir nas relações familiares, provocando sentimentos negativos, tais como a raiva, medo e angústia, levando a uma sensação de impotência (Marsh, 1992).

A família de doentes com esquizofrenia depara-se com dúvidas acerca de como reagir perante um delírio ou uma alucinação, levando mesmo a sentimentos de culpa, revolta e superprotecção (Brown, 1972).

A relação entre os familiares de um indivíduo esquizofrénico tem de ser de cuidado e orientação pois esta é uma doença incapacitante e crónica, deixa os indivíduos incapacitantes, dependentes e desorganizados, impedindo o seu desenvolvimento natural. Nem todas as famílias têm capacidades emocionais e económicas, e estrutura familiar para conseguir proporcionar uma convivência equilibrada para o indivíduo afectado. Respostas desadequadas e até incoerentes, ou afirmações que não têm em conta a natureza do problema, traduzem-se num ambiente familiar carregado de sofrimento e dificuldades (Jenkins, 1988). Necessariamente, toda a família se vê obrigada a adoptar normas de comportamento capazes de fazer face a um problema que não é só

patológico mas também social (Kleinman, 1980). Os familiares dos esquizofrénicos podem socorrer-se da ajuda de programas educativos, nos quais se familiarizam com a esquizofrenia e têm a oportunidade de falar dos seus problemas pessoais, e aprendem a ter uma posição mais optimista em relação à doença. Contrariamente aos indivíduos de famílias que não participam neste tipo de programas, os esquizofrénicos das famílias participantes têm menor probabilidade de reincidência hospitalar (Leff et al, 1982).

A grande parte dos factores de risco, na esquizofrenia, são muito difíceis de serem analisados pela alta complexidade metodológica, contudo estão presentes no aparecimento e no desenvolvimento desta. Complicações durante a gravidez ou o parto aumentam o risco de aparecimento da esquizofrenia pela ocorrência de lesões no cérebro em desenvolvimento. Nesse período o cérebro é mais sensível, devido a estar em crescimento com rapidez e depender do ambiente para o aperfeiçoamento das suas funções, quando os genes de regulação do desenvolvimento estão mais activos e, na presença de variáveis genéticas da esquizofrenia, podem interferir em processos naturais do desenvolvimento (Brown, 1972). A exposição pré-natal a vírus, mais especificamente durante o quinto mês de gravidez, pode levar a um maior risco de desenvolvimento da doença. A adolescência é um outro momento delicado, pois o cérebro começa a moldar-se para a vida adulta. Factores ambientais na adolescência podem influenciar esse processo, desencadeando o primeiro surto da doença. Outros factores que contribuem para a doença são o stress, essencialmente o stress da adolescência (Gottesman, 1991). Muitos indivíduos passam por períodos de depressão, stress ou conflitos sociais antes da doença o que leva a concluir que estes problemas desencadearam ou agravaram a esquizofrenia. A tensão e o stress aos quais a pessoa está submetida, são desencadeantes da situação o que leva a crer que todas as técnicas que aliviem a pessoa de tensões e stress são benéficos (Kleinman, 1980).

A proporção de esquizofrenia é muito maior nas áreas mais pobres da cidade, diminuindo progressivamente, em zonas de estatuto mais elevado (Faires e Dunham, 1939 e Kohn, 1968). Uma análise inicial destes resultados é que a pobreza implica um aumento de factores de stress ambientais que provocam uma susceptibilidade genética para a esquizofrenia.

Vários tratamentos surgiram numa tentativa de encontrar a cura para a esquizofrenia. No entanto, estes foram suplantados e, até mesmo, banalizados. Inicialmente a terapia para o tratamento da esquizofrenia realizou-se através do sono, provocado por meio de hipnóticos e barbitúricos pois, segundo esta terapia “*os compostos barbitúricos libertam os esquizofrénicos dos seus automatismos*” (História da Esquizofrenia, pp. 77). A terapia do sono era vista como uma espécie de narcoanálise que permitia através da medicação, fazer emergir do inconsciente representações complexas que estavam na origem da perda da realidade exterior ou então um meio para restabelecer nos esquizofrénicos tratados a função sono-sonho (História da Esquizofrenia, pp. 77 – 78). Porém o tratamento pela cura do sono é suplantado por outros métodos nomeadamente, os choques hipoglicémicos que através da insulina tinham um efeito

benéfico no estado psíquico dos doentes (História da Esquizofrenia, pp. 79 - 80). O tratamento da esquizofrenia também passou pela convulsivoterapia segundo a qual era possível tratar a doença, provocando artificialmente crises convulsivas susceptíveis de estimular a produção do tecido neuróglia (História da Esquizofrenia, pp. 81). O autor Jonh Nash foi submetido a este tipo de tratamento (1h18min). O electrochoque, outro dos tratamentos, era visto como anulador de quase toda a vida psíquica do sujeito, ou seja, consiste em substituir as graves manifestações da psicose natural pelo aniquilamento artificial da vida psíquica. Foi esta posição que levou com que esta aplicação fosse condenada de um ponto de vista ético (História da Esquizofrenia, pp. 81).

A neurocirurgia surgiu através da hipótese de que certas perturbações mentais podiam ser devidas a ligações inter-neuronais patologicamente testáveis. Esta consistia na excisão de zonas mais ou menos extensas do córtex cerebral (História da Esquizofrenia, pp. 83). Concluiu-se deste modo que o tratamento para a esquizofrenia dependia de hipotéticas teorias biológicas ou neurofisiológicas perigosas, sendo por esta razão, abolidas.

Actualmente, utilizam-se determinadas substâncias químicas como os anti-psicóticos, os quais tendem a reduzir muitos dos principais sintomas da esquizofrenia, tal como a perturbação do pensamento e a alucinação. Estes bloqueiam os receptores sinápticos em vias cerebrais sensíveis à dopamina, atribuindo-se efeitos terapêuticos.

Há uma grande confiança nos medicamentos anti-psicóticos, nas terapias ocupacionais, nas psicoterapias e também na consciencialização da família o que permite a muitos esquizofrénicos um funcionamento mais eficaz e independente.

CONCLUSÃO

A partir da pesquisa bibliográfica efectuada para a realização deste trabalho podemos concluir que a esquizofrenia resulta de uma interacção entre factores ambientais e genéticos. No entanto, não existe um consenso geral relativamente à forma como esta se manifesta, tanto pode aparecer repentinamente e irromper numa crise excessiva, como surgir lentamente sem apresentar mudanças invulgares e, após alguns anos manifestar-se através de uma crise característica.

Embora a esquizofrenia cause um impacto social relativamente forte, esta é uma doença ainda pouco abordada nos dias de hoje, circundada de tabus e preconceitos. Logo o conhecimento acerca da doença, além de diminuir o preconceito, evita, também o diagnóstico tardio, uma vez que quanto mais cedo se identificar a doença mais eficaz será o tratamento. Esta perturbação psicótica pode ser acompanhada de sentimentos como culpa e vergonha mas, no entanto, o apoio familiar e social é fundamental para o controlo e evolução, bem como no tratamento e aceitação desta doença.

É suposto que o quadro da esquizofrenia venha a obter melhores resultados quando os investigadores concordarem com a etiologia da doença e quando as intervenções terapêuticas se aperfeiçoarem.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (2002). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais – DSM – IV – TR (4ª Edição, texto revisto). Climepsi Editores. Lisboa;

Andreasen, N. C. and Black, D. W. (1991). Introductory Textbook of Psychiatry. Washington, D. C.: American Psychiatric Press, Inc;

Arieti, S. (1959). Schizophrenia: The manifest symptomatology, the psychodynamic and formal mechanisms. In Arieti, (Ed), American handbook of psychiatry, vol.1, pp. 455-84. New York: Basic Books;

Bleuler, E. (1911). Dementia praecox, or the group of schizophrenias. Zinkin, J. and Lewis, N. D. C., trans. New York: International Universities Press, 1950;

Brown G, Birley J, Wing J. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. Br J Psychiatry; 121: 241-58;

Director e proprietário Adriano Vaz Serra (1995). Psiquiatria Clínica, Vol 16 nº 2;

Faris, R. E. L., and Dunham, H. W. (1939). Mental disorders in urban areas. Chicago: University of Chicago Press;

Garrabé, J. (2004) História da Esquizofrenia. 1ª Edição. Climepsi Editores. Lisboa;

Gottesman, I. (1991). Schizophrenia Genesis: The Origins of Madness. New York: WH Freeman;

Gleitman, H., Fridlund, A., Reisberg, D. (2007). Psicologia. Fundação Calouste Gulbenkian: Lisboa;

Green, P. AND Preston, M. (1981). Reinforcement of vocal correlates of auditory hallucinations by auditory feedback: A case study. British Journal of Psychiatry 139:204-208;

Jenkins J. (1988). Ethnopsychiatric interpretations of schizophrenic illness: the problem of nervios within mexican-american families. Cult Med Psychiatry; 12: 301-29;

Kleinman A. (1980). Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press;

Kohn, M. L. (1968). Social class and schizophrenia: A critical review. In Rosenthal, D. and Kety, S. S. (eds). The transmission of schizophrenia, pp 155 – 74. London: Pergamon;

Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-vries, R. and Sturgeon, D. (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic persons. British Journal of Psychiatry 141: 121-34;

Livesly, J. W. (1995). The DSM – IV. Personality Disorders. The Guilford Press. New York: London;

Manuila, A., Manuila, L., Lewalle, P., Nicoulim, M. (2000). Dicionário Médico. Climepsi Editores. Lisboa;

Marsh D. (1992). Families and mental illness: new directions in professional practice. New York: Praeger;

McGuigan, F. J. (1996). Covert oral behavior and auditory hallucinations. Psychophysiology 3:421-28;

Rosenthal, D. (1970). Genetic theory and abnormal behavior. New York: McGraw – Hill;

Zipursky, R. B., Schulz, S. C. (2003) As fases iniciais da esquizofrenia. 1ª Edição. Climepsi Editores. Lisboa.