

A esquizofrenia é uma perturbação mental grave caracterizada por uma perda de contacto com a realidade (psicose), alucinações, delírios (crenças falsas), pensamento anormal e alteração do funcionamento social e laboral sendo um problema de saúde pública muito grave em todo o mundo. A prevalência da esquizofrenia a nível mundial parece ser algo inferior a 1 %, embora se tenham identificado zonas de maior ou de menor prevalência. Em alguns países, as pessoas com esquizofrenia ocupam cerca de 25 % das camas dos hospitais. Há várias perturbações que partilham características com a esquizofrenia. As perturbações que se parecem com a esquizofrenia, mas nas quais os sintomas estiveram presentes menos de 6 meses, denominam-se perturbações esquizofreniformes. As perturbações nas quais os episódios de sintomas psicóticos duram pelo menos um dia, mas menos de um mês, chamam-se perturbações psicóticas breves. Uma perturbação caracterizada pela presença de sintomas do humor, como a depressão ou a mania, juntamente com outros sintomas típicos da esquizofrenia, chama-se perturbação esquizoafectiva. Uma perturbação da personalidade que pode partilhar sintomas da esquizofrenia, mas na qual os sintomas não são bastante graves para reunir os critérios de psicose, chama-se perturbação esquizotípica da personalidade.

Causas

Muitas correntes teóricas e quase todas as autoridades na matéria atribuem apenas causas biológicas à esquizofrenia. No entanto o que a prática e a investigação decorrente daí, relata desde há muito (desde Freud) como principais causas, são relacionais, ou seja, da interacção mãe criança ou pais criança e cuidadores na ausência dos pais. Condições ambientais adversas tais como abandono, negligência ou uma mãe incapaz de empatizar e ler as manifestações do bebé e que ainda o confunde nas sensações que apresenta, são na sua maioria factores que contribuíram para a alteração do estado mental da pessoa. No entanto a esquizofrenia pode ter causas biológicas, são caso desse exemplo as provocadas pela ingestão de substâncias e outras em que há factores hereditários e ambientais, portanto poderá ter origem multifactorial ou seja, relacional, ambiental, e biológica.

Sintomas

A esquizofrenia começa mais frequentemente entre os 18 e os 25 anos nos homens e entre os 26 e os 45 anos nas mulheres. No entanto, não é raro que comece na infância ou cedo na adolescência. A instalação pode ser súbita, no espaço de dias ou de semanas, ou lenta e insidiosa, ao longo de anos.

A gravidade e o tipo de sintomatologia podem variar significativamente entre diferentes pessoas com esquizofrenia. Em conjunto, os sintomas agrupam-se em três grandes categorias: delírios e alucinações, alteração do pensamento e do comportamento e sintomas negativos ou por défice. Uma pessoa pode ter sintomas de um ou dos três grupos. Os sintomas são suficientemente graves para interferir com a capacidade de trabalho, de relação com as pessoas e do próprio cuidado.

Os delírios são crenças falsas que, geralmente, implicam uma má interpretação das percepções ou das experiências. Por exemplo, as pessoas com esquizofrenia podem experimentar delírios persecutórios (são perseguidos), crendo que estão a ser atormentadas, seguidas, enganadas ou espiadas.

Podem ter delírios de referência, crendo que certas passagens dos livros, dos jornais ou das canções se dirigem especificamente a elas. Estas pessoas podem ter delírios de roubo ou de imposição do pensamento, crendo que outros podem ler as suas mentes, que os seus pensamentos são transmitidos a outros ou que os seus pensamentos e impulsos lhes são impostos por forças externas. Podem ocorrer alucinações de sons, de visões, de cheiros, de gostos ou do tacto, embora as alucinações de sons (alucinações auditivas) sejam, de longe, as mais frequentes. Uma pessoa pode «ouvir» vozes que comentam o seu comportamento, que conversam entre elas ou que fazem comentários críticos e abusivos.

A alteração do pensamento consiste no pensamento desorganizado, que se torna patente quando a expressão é incoerente, muda de um tema para outro e não tem nenhuma finalidade. A expressão pode estar levemente desorganizada ou ser completamente incoerente e incompreensível. O comportamento alterado pode tomar a forma de simplismos de carácter infantil, agitação ou aparência, higiene ou comportamento inapropriados. O comportamento motor catatónico é uma forma extrema de comportamento desorganizado no qual uma pessoa pode manter uma postura rígida e resistir aos esforços para a mover ou, pelo contrário, mostrar actividade de movimentos sem estímulo prévio e sem sentido.

Os sintomas negativos ou por défice da esquizofrenia incluem frieza de emoções, pobreza de expressão, anedonia e associabilidade. A frieza de emoções é uma diminuição destas. A cara da pessoa pode parecer imóvel; tem pouco contacto visual e não exprime emoções. Não há resposta perante situações que normalmente fariam uma pessoa rir ou chorar. A pobreza de expressão é uma diminuição de pensamentos reflectida no facto de a pessoa falar pouco. As respostas às perguntas podem ser concisas, uma ou duas palavras, dando a impressão de vazio interior. A anedonia é uma diminuição da capacidade de experimentar prazer; a pessoa pode mostrar pouco interesse em actividades anteriores e passar mais tempo em actividade inúteis. A associabilidade é a falta de interesse em relacionar-se com outras pessoas. Estes sintomas negativos estão, frequentemente, associados a uma perda geral da motivação, do sentido de projecto de vida e das metas a atingir.

Diagnóstico

Não existe uma prova de diagnóstico definitiva para a esquizofrenia. O psiquiatra ou psicoterapeuta elabora o diagnóstico baseando-se numa avaliação da história da pessoa e da sua sintomatologia. Para estabelecer o diagnóstico de esquizofrenia, os sintomas devem durar pelo menos 6 meses e associar-se à deterioração significativa do trabalho, dos estudos ou do desenvolvimento social. A informação procedente da família, dos amigos e dos professores é com frequência importante para estabelecer quando a doença começou.

Prognóstico

A curto prazo (1 ano), o prognóstico da esquizofrenia está intimamente relacionado com o grau de fidelidade com que a pessoa cumpre o plano do tratamento farmacológico. Sem tratamento farmacológico, 70 % a 80 % das

peças que experimentaram um episódio de esquizofrenia manifestam durante os 12 meses seguintes um novo episódio. A administração continuada de medicamentos pode reduzir para cerca de 30 % a proporção de recaídas.

A longo prazo, o prognóstico da esquizofrenia varia. De um modo geral, um terço dos casos consegue uma melhoria significativa e duradoura, outro terço melhora de certo modo com recaídas intermitentes e uma incapacidade residual e outro terço experimenta uma incapacidade grave e permanente. São factores associados a um bom prognóstico o começo repentino da doença, o seu início na idade adulta, um bom nível prévio de capacidade e de formação e o subtipo paranóide ou não deficitário. Os factores associados a um mau prognóstico incluem um começo em idade precoce, um pobre desenvolvimento social e profissional prévio, uma história familiar de esquizofrenia e a exploração do ambiente familiar ao nível dos afectos.

A esquizofrenia tem um risco associado de suicídio de 10 %. Em média, a esquizofrenia reduz em 10 anos a esperança de vida.

Tratamento

Os objectivos gerais do tratamento são os seguintes: reduzir a gravidade dos sintomas psicóticos, prevenir o reaparecimento dos episódios sintomáticos e a deterioração associada do funcionamento do indivíduo e administrar um apoio que permita ao doente um funcionamento ao máximo nível possível e dentro da realidade. Os fármacos antipsicóticos, a reabilitação profissional e as actividades com apoio comunitário e a psicoterapia são os três componentes principais do tratamento.

Quanto mais cedo iniciar o tratamento (farmacológico e psicoterapêutico) maior são as hipóteses de conseguir estabilizar a doença e conseguir uma qualidade de vida razoável ao nível social pessoal e laboral.

No caso das crianças, qualquer sinal de comportamento estranho, desadequado para a idade atraso de desenvolvimento (fala, raciocínio, relacional) requerem uma avaliação imediata para que a intervenção seja o mais precoce possível.