



PSICODINÂMICA DO PSICÓTICO

O psicótico pode apresentar-se agitado, incoerente, amedrontado, eufórico, agressivo, arrogante e delirante. Reconhece-se ainda a perturbação da personalidade e a tempestade emocional. Por tudo isso se torna desconfiados, retraídos e resistentes, o que leva a uma necessidade de ser ouvido com sensibilidade com fim de facilitar-lhe a compreensão do caos em que se encontram.

Cabe ressaltar que o desenvolvimento terapêutico, a descoberta de novos medicamentos, como os neurolépticos, se por um lado melhorou a perspectiva de vida, por outro acarretou redução da atenção dada à experiência subjetiva. São poucos os profissionais que se interessam em encontrar sentido no comportamento e comunicação incomuns do psicótico. É mais cômodo para profissionais, familiares e sociedade medicar imediatamente silenciando os sintomas.

Porém correntes psíquicas fundamentadas na etnopsiquiatria, psiquiatria dinâmica, psicanalistas (freudianos e junguianos), consideram a psicose não só como uma doença cerebral ou orgânica, mas como um universo que congrega fatores biopsicossociais. Esta abordagem dimensiona o sujeito dentro dos seus conflitos neuróticos, cotidianos, cultural, sociológico, familiar, entre outros. Pois a psicose se expressa por meio da personalidade que cada um desenvolveu. São todos estes aspectos que deverão ser tratados e entendidos.

Os conflitos neuróticos vividos pelos psicóticos poderão ser obscurecidos ou exacerbados pela ruptura da função psíquica normal. O conhecimento do significado pessoal do transtorno, bem como a capacidade do psicótico se relacionar com esse conhecimento faz com que tenha importância significativa na condução da estabilização do mesmo. Por assim ser, a abordagem, o acolhimento do psicótico (e de todas as patologias mentais) deve preceder o uso de medicamento. Caso contrário se perderá a essência e exuberância das manifestações inconscientes, o que dificulta o profissional da área da saúde mental a compreender e auxiliar verdadeiramente o portador de deficiência mental. Isto é possível porque o psicótico é capaz de transitar para dentro e para fora do seu sofrimento, do seu inconsciente. Capacidade esta que falta aos “normais”. Donde se conclui que os mecanismos psicodinâmicos não causam as doenças, revelam seus conflitos psíquicos mais profundos.

A maior contribuição que um profissional da saúde mental pode dar é a manter uma conduta zelosa, sensível e acolhedora aos desvarios psicóticos para que possa realmente tentar compreender o que se dispõe a tratar.

Estes indivíduos apresentam distúrbios do pensamento, do afeto e comportamento associado à profunda desorganização mental e comportamento inadequado. Tal fato se configura como um estado alterado de consciência que culmina na esquizofrenia; quando se revela de grande euforia, agitação e disforia com atividade motora acentuada e pensamento acelerado, desencadeiam o transtorno maníaco bipolar.



Para tanto, faz-se necessário a existência de fatores determinantes como as alterações neurobiológicas (exacerbação da sensopercepção e da consciência, delírio de perseguição e alucinações auditivas); individuais que recaem sobre a história, traumas e personalidade; e, fatores biopsicossociais como os genéticos, estruturais e sóciofamiliares.

Estes pacientes evoluem com sintomas ditos “positivos” (de melhor prognóstico) como alucinações (distúrbio da percepção), delírios (distúrbio do pensamento) e agitação psicomotora. E sintomas “negativos” (de pior prognóstico) embotamento afetivo, pensamento empobrecido, apatia e anedonia (perda do prazer). Os sintomas negativos oferecem menores respostas ao tratamento e produzem maior sofrimento ao psicótico, muitas vezes, perdurando por toda vida.

A psicose maníaca se manifesta pela exacerbação das palavras, idéias e associações vinculadas a um sentimento de grandeza e exuberância que consomem todos à volta do psicótico. São comuns os transtornos de sono, as fugas de casa, banhos e arrumação da casa nas madrugadas. Fazem planos mirabolantes e apresentam um vigor físico que parece interminável. Porém quando desafiados ou contrariados se mostram irritadiços, tempestuosos e selvagens.

O contraponto deste estado de euforia é a mudança repentina para um estado depressivo. Neste período o risco de suicídio é grande. O que se percebe é que o estado eufórico do psicótico o redireciona a experiência não-verbal de união com a mãe no período da amamentação, além de ser uma forma de se defender contra as frustrações e sofrimento da vida. Quando eufóricos vivem a fantasia de que tudo é belo, perfeito, prazeroso. Ao perceber que a vida não é somente um conto de fadas, mergulham na depressão.

A sexualidade do maníaco se mostra exagerada, uma vez que a experiência de união sexual remete a unidade primordial, onde tudo era um e o paraíso era um com o Criador sem doença, sem sofrimento, sem privação. O psicótico deprime quando volta a entrar em contato com a realidade, pois se sente sem uma identidade, sem fronteiras, sem lugar num mundo tão amplo.

Por sua vez, o esquizofrênico é mal humorado, retraído, calado, ensimesmado. É incoerente e apresenta atitudes bizarras. Estão sempre a ouvir vozes acusadoras, fantasiam sobre o fim do mundo. Isto se dá porque projeta nestas fantasias de destruição e aniquilamento seu próprio estado mental fragmentado, destruído, esvaziado. As fantasias desempenham o papel de assegurar que o caos psíquico por ele percebido pode ser controlado por ele mesmo, pois se é capaz de ver e sentir o que ninguém vê e sente é porque ele tem um dom, é um eleito, tem uma missão divina. À medida que essa fantasia se mostra irreal, o psicótico fica mais ansioso, vulnerável e frágil. Pois o propósito de toda fantasia ou ritual é dar significado as coisas que não tem uma explicação racional ou científica, mas que oprime, amedronta, fragiliza.

Nesta mesma perspectiva, os delírios e alucinações vivenciados pelos psicóticos possuem uma função restauradora fornecendo uma “explicação” para a fragmentação psíquica. Estes sintomas “positivos” procuram resgatar simbolicamente traumas de infância que se aglutinam em complexos e vão se manifestar das mais variadas formas como, por exemplo, delírios místico-religiosos, hipocondríacos (mania de doença), grandiosos, niilístico (fim do mundo), todos com o fim de que os traumas sofridos sejam perdoados, aceitos e compreendidos pela consciência do psicótico. No núcleo de cada complexo, ou de cada sintoma “positivo” encontra-se uma verdade sobre



a história de vida sofrida e destroçada do psicótico. Basta observar o papel significativo que a agressão desempenha na formação do delírio. Os temas predominantes nos sintomas “positivos” são de crítica ao psicótico, ofensa, controle, proibições que se voltam contrariamente aos seus desejos e intenções.

Os familiares contribuem negativamente quando atribui o retraimento do psicótico a um comportamento excêntrico. Notadamente a ajuda só é aceita quando o psicótico volta sua agressividade contra os familiares ou submete alguém a risco de morte. Cabe ressaltar que os psicóticos vivenciam os mesmos medos, inseguranças, traumas e dificuldades da pessoa normal. A diferença está na forma diferenciada, única, inusitada de pensar, sentir e avaliar os mesmo assuntos.

Um exemplo pode ser visto no tocante ao afeto. O psicótico apresenta um distúrbio na regulação e na expressão do seu afeto e emoções. As experiências emocionais são reduzidas ou exageradas, isso se dá porque o psicótico teme uma existência independente; no entanto, desenvolvem um sentimento terno a um animal de estimação sentindo-se seguro.

Apresentam dificuldade em organizar seus pensamentos. Seus pensamentos e comunicação são confusos e desordenados devido ao comprometimento da capacidade associativa e incoerência. Porém este estado serve como defesa, uma vez que obscurece o enfrentamento de situações desconfortantes. Evidencia-se uma dificuldade em lidar com o aspecto simbólico da linguagem, pois já que possui uma forma muito própria de pensar, palavras podem ser entendidas literalmente ou ganhar uma infinidade de significados além dos que realmente possui.

O comportamento se revela apático e desmotivado. Falta iniciativa não se importando com o que acontece a sua volta. Isso se deve ao medo de que qualquer atividade possa revelar sua inadequação e limitação, o que aumenta o isolamento. O isolamento se intensifica tanto que dá surgimento a sentimentos hostis e furiosos devastadores, o que torna seu julgamento sobre seu potencial destrutivo precário.

O suicídio é uma possibilidade que não pode ser negligenciada, notadamente quando estimulado por alucinações auditivas de comando; as mesmas vozes podem estimular a violência contra terceiro. Estes pacientes são vulneráveis e propensos a agir em conformidade com os delírios paranóides.

Por fim, o psicótico apresenta forte propensão a envolver-se com a dependência química. O motivo está no fato de que tais substâncias alteram o estado mental, o que é visto pelo psicótico como uma possibilidade de exercer controle sobre os sintomas que tanto o atormenta. Mas o que se observa é o maior comprometimento da patologia com maior perda de controle sobre seus impulsos.

Dr. Maurício Aranha - **Sócio**-Fundador da ANERJ - Associação dos Neurologistas do Estado do Rio de Janeiro. Filiado da SBNeC - Sociedade Brasileira de Neurociências e Comportamento da USP. Filiado da APERJ - Associação Psiquiátrica do Estado do Rio de Janeiro (Federada da ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria e da WPA - Associação Mundial de Psiquiatria). Pesquisador do Núcleo de Ciências Médicas, Psicologia e Comportamento do Instituto de Ciências Cognitivas. **Formação:** Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil. Psiquiatria Forense pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. Psiquiatria pela Universidade Estácio de Sá, Brasil. Psicopedagogia Clínica e Institucional pelo Grupo de Ação Educacional, Brasil. Psicologia Analítica pela Universidade Hermínio da Silveira e Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação, Brasil. Neurolinguística pelo Instituto NLP in Rio & NLP Institut Berlin, Brasil/Alemanha. Neurociência e Saúde Mental pelo Instituto de Neurociências y Salud Mental da Universidade da Catalunya, Espanha. E-mail: ma@icc-br.org