

# Neurocognição, cognição social e funcionamento social na esquizofrenia

Neurocognition, social cognition and social functioning in schizophrenia

Parece que hoje todos estão de acordo que a esquizofrenia é muito mais do que uma doença de delírios e alucinações e o tratamento destes aspectos da doença não garante, por si só, melhorias no funcionamento social e na qualidade de vida destes doentes.

Na verdade são muitos os domínios da vida quotidiana destes doentes que estão alterados. Por exemplo, as taxas de emprego são muito baixas (19,4% para doentes com esquizofrenia portugueses segundo o único estudo que fez uma caracterização nacional destes doentes – o estudo SOHO<sup>[1]</sup>). Estes doentes apresentam níveis de escolaridade mais baixos do que seria de esperar comparativamente com o seu estatuto sócio-económico. Para além disso, estes doentes também apresentam um conjunto de outros défices, nomeadamente relacionados com a capacidade de viverem de forma independente (em Portugal apenas 32,5% dos doentes com esquizofrenia vivem independentes<sup>[1]</sup>) as quais incluem competências relacionadas com a utilização de transportes públicos, cozinhar, cuidar da casa, manejar dinheiro e aderir à terapêutica.

Ou seja, 2/3 dos doentes com esquizofrenia são incapazes de desempenhar papéis sociais básicos tais como casarem-se (em Portugal apenas 18,6% dos doentes se casam<sup>[1]</sup>), trabalharem ou manterem relações sociais significativas, mesmo quando os sintomas psicóticos estão em remissão. Na verdade as redes de suporte social destes doentes são muito pequenas, tendo muitos deles acabado como sem-abrigo. Dito de outro modo, o nível de pobreza de uma grande parte destes doentes é de tal magnitude que em conjunto com as outras deficiências levou a OMS a considerar esta doença como uma das condições mais incapacitantes em todo o mundo<sup>[2, 3]</sup>.

Há muitas razões que podem explicar esta insuficiência social que caracteriza estes doentes e que é um dos principais dados para o diagnóstico da doença, muito embora pareçam ser dados da própria doença os principais responsáveis e não as condições de vida a que estes doentes são muitas vezes votados. Há dados clínicos que estão claramente correlacionados com a tendência para a incapacidade funcional. Por exemplo, os défices cognitivos parecem estar na base das alterações funcionais mais importantes destes doentes. Estou a falar de défices na velocidade de processamento, da atenção, da memória e da função executiva os quais estão correlacionados e predizem o funcionamento social, os défices nas habilidades sociais, a capacidade para aprender e a qualidade do trabalho.

Sabendo-se disto, têm sido desenvolvidos esforços no sentido de remediar e activar as funções cognitivas alteradas com vista a melhorar o funcionamento social. No entanto, o que se tem verificado é que este tipo de acções só por si não tem um impacto tão evidente no funcionamento social como seria de esperar. É evidente que muitos factores podem estar na base desta discrepância. No entanto, antes de mais especulação, parece-me ser necessário encontrar um consenso quanto à

própria definição de funcionamento social. Esta designação é utilizada quer para designar os comportamentos interpessoais avaliados pelo próprio ou pelos outros, quer o comportamento em enquadramentos comunitários, quer as competências para uma vida independente, quer mesmo a resolução de problemas sociais, entre outros.

Em conjunto com este trabalho de apurar uma definição consensual e operatória de funcionamento social também necessário proceder-se a uma clara definição da competência social, nomeadamente em relação àquilo que o doente pode fazer e àquilo que ele actualmente é capaz de fazer. Alguns chamam a esta diferença a “distinção entre competência e desempenho”. Isto é importante para se poder definir consensualmente qual o melhor instrumento para medir a insuficiência social destes doentes.

Têm sido sugeridos outros factores de mediação entre os défices cognitivos e o funcionamento social, destacando-se a cognição social. Este constructo é muito complexo e vasto, englobando diferentes habilidades. As mais estudadas nos doentes com esquizofrenia são a percepção emocional, também chamada reconhecimento de emoções, reconhecimento de afectos ou percepção de afectos (que é a capacidade para se inferir informação emocional a partir das expressões emocionais, das inflexões vocais ou prosódia ou de uma combinação das duas), a percepção social (capacidade de extrair certas pistas do comportamento expresso num determinado contexto social; muito embora também se inclua nesta dimensão o conhecimento social, ou seja a capacidade de se compreender as regras e as convenções sociais), a teoria da mente (capacidade para compreender que os outros têm diferentes estados mentais diferentes dos nossos e de fazer inferências relativamente ao conteúdo desses estados mentais) e o estilo atribucional ou teorias internas (tendências características em explicar as causas de acontecimentos nas próprias vidas).

Apesar de complexo, o conceito de cognição social é essencial para se desenharem projectos de investigação que nos possam ajudar a perceber melhor as razões que levam à diferença de resultados entre a melhoria do funcionamento cognitivo e a pequena melhoria correlativa do funcionamento social. Antes de mais há evidência suficiente para o considerar como um conceito independente do conceito de neurocognição ou cognição não social. Mas mais do que isso, este conceito funciona como um mediador entre a neurocognição e o funcionamento social.

Mais precisamente, Couture *et al.*<sup>[4]</sup> especificaram esse tipo de mediação. Na verdade estes autores verificaram que um dos aspectos desta mediação é feito através quer da percepção social, quer da percepção emocional.

Parece pois que o caminho para se chegar a uma melhoria com visibilidade clínica no funcionamento social depende de tantos factores que podemos dizer que continuamos no início de um longo caminho. Até agora só mencionamos dois aspectos que interferem no desempenho social – a neurocognição e a cognição social – mas outros mais existem. Por exemplo, segundo o modelo das competências sociais, o desempenho social eficaz requer a capacidade para encontrar e desenvolver respostas apropriadas para além da capacidade cognitiva/perceptiva para determinar qual é a resposta apropriada e a motivação para a executar.

Muitas destas decisões dependem de juízos sobre os outros feitos em condições em que as interações são mínimas. Por exemplo, decidimos a quem vamos alugar um apartamento, a quem nos dirigimos quando estamos perdidos, ou ao lado de quem nos sentamos num autocarro, tudo isto feito com base em muito poucos dados interaccionais. Do mesmo modo somos julgados pelos outros com base também em poucas interações sociais. É certo que neste tipo de tarefas somos muito habilidosos e conseguimos fazer juízos muito adequados com base em tão pouca informação.

Principalmente com base na comunicação não verbal. Por exemplo, os indivíduos mais expressivos tendem a ser melhor avaliados e com maior fiabilidade do que os menos expressivos<sup>[5, 6]</sup>. Se é certo que a avaliação que fazemos depende das pistas que damos ao nosso avaliador também é certo que depende das características do próprio avaliador. Algumas pessoas são mais hábeis a obter pistas e a interpretá-las<sup>[5, 6]</sup>.

Se bem que a legibilidade envolva a expressividade e a sociabilidade, também inclui um outro componente: fiabilidade. Muitos indivíduos podem ser muito expressivos mas não serem bem avaliados pelos outros. Segundo Goffman<sup>[7]</sup> isso acontece porque muitas destas pessoas enviam sinais informacionais diferentes daqueles que queriam enviar. As pessoas que são adequadamente avaliadas enviam informações que desejam enviar. Esta capacidade parece estar relacionada com a auto-monitorização. Sendo assim, os indivíduos com grandes índices de auto-monitorização enviam informações que desejam enviar e, por isso, são mais sujeitos a avaliações por parte dos outros de acordo com o que eles desejam ser<sup>[8, 9]</sup>. Uma outra variável que está implicada neste fenómeno é a auto-estima. Em termos de comunicação não verbal, a auto-estima parece estar relacionada positivamente com a habilidade de codificação. Por exemplo, indivíduos com altos níveis de auto-estima eram comunicadores mais finos das suas emoções espontâneas<sup>[10, 11]</sup>.

Deste conjunto de estudos pode-se concluir que os indivíduos que são julgados de forma mais fiável em situações com poucas informações interaccionais devem ser mais expressivos, mais sociáveis, e menos envergonhados que os seus pares menos expressivos. Para além disso, os indivíduos mais legíveis são melhores auto-monitores e têm níveis superiores de auto-estima.

Os doentes com esquizofrenia apresentam alterações na capacidade de utilizar a informação contextual no decurso do processamento da informação<sup>[12, 13]</sup>. Aqui o contexto é entendido como a informação que é considerada e mantida *on-line* antes de serem desencadeadas diferentes respostas comportamentais. Considerando-se que as alterações do funcionamento social são centrais nos doentes com esquizofrenia, é central para este conhecimento que se perceba melhor como ocorrem e como podem ser revertidas estas alterações.

Para já sabe-se que as pessoas com esquizofrenia têm dificuldade em emparelhar o estado emocional de uma determinada pessoa num determinado contexto com o estado emocional dessa mesma pessoa noutro contexto. Isto sugere que os doentes com esquizofrenia são incapazes de utilizar a informação contextual e essa dificuldade é tanto maior quanto maior for a dificuldade da tarefa<sup>[14]</sup>. De uma maneira geral estes doentes mostraram ser menos capazes de descodificarem pistas corporais, de reconhecer o afecto facial que represente estados negativos e de identificar pistas interpessoais em situações sociais.

Apesar deste conjunto de investigações restam muitas questões por resolver. Por exemplo, quais são os aspectos do funcionamento social que se alteram quando aspectos específicos da cognição social mudam? Ou, que relações causais existem entre a cognição social e o funcionamento social, se alguns estudos apontam para um valor preditivo de uma baixa percepção emocional para um futuro baixo funcionamento social?



João Marques-Teixeira

## Referências

1. Marques-Teixeira, J., *et al.* (2005). Caracterização de doentes portugueses com esquizofrenia: resultados da avaliação do estudo observacional SOHO no início do estudo. *Saúde Mental*. 7(4): 13-21.
2. Murray, C.J. & A.D. Lopez (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 349(9063): 1436-42.
3. Murray, C.J. & A.D. Lopez (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 349(9064): 1498-504.
4. Couture, S.M., D.L. Penn, & D.L. Roberts (2006). The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. *Schizophr Bull.* 32 Suppl 1: S44-63.
5. Borkenau, P. (1992). Implicit personality theory and the five-factor model. *J Pers.* 60(2): 295-327.
6. Gangestad, S.W., *et al.* (1992). Differential accuracy in person perception across traits: examination of a functional hypothesis. *J Pers Soc Psychol.* 62(4): 688-98.
7. Goffman, E. (1959). The moral career of the mental patient. *Psychiatry.* 22(2): 123-42.
8. Snyder, M. (1974). Self-monitoring of expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology.* 30: 526-537.
9. Snyder, M., (1987). *Public appearances, private realities: The psychology of self-monitoring*, New York: Freeman.
10. Buck, R., R.E. Miller, & W.F. Caul (1974). Sex, personality, and physiological variables in the communication of affect via facial expression. *J Pers Soc Psychol.* 30(4): 587-96.
11. Buck, R.W., *et al.* (1972). Communication of affect through facial expressions in humans. *J Pers Soc Psychol.* 23(3): 362-71.
12. Stratta, P., *et al.* (1999). Schizophrenic patients use context-independent reasoning more often than context-dependent reasoning as measured by the cognitive bias task (CBT): a controlled study. *Schizophr Res.* 37(1): 45-51.
13. Stratta, P., *et al.* (2000). Processing of context information in schizophrenia: relation to clinical symptoms and WCST performance. *Schizophr Res.* 44(1): 57-67.
14. Corrigan, P.W. & I.B. Addis (1995). Effects of extraneous stimuli on social cue perception in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 56(2): 111-20.