

RELATO DE CASO

Insight na psicose: uma análise conceitual

Insight in psychosis: a conceptual analysis

Lucas F. B. Mella¹, Clarissa R. Dantas¹, Cláudio E. M. Banzato¹

RESUMO

Introdução: No contexto da psiquiatria clínica, *insight* ou crítica da doença é definida como uma subcategoria do autoconhecimento dos pacientes relativa ao reconhecimento das manifestações patológicas que os afetam e também à apreciação das mudanças que tais manifestações causam na sua interação com o mundo. **Objetivo:** Examinar as formas de apresentação do *insight* na esquizofrenia e em outras psicoses. **Métodos:** Análise conceitual, com vinhetas clínicas ilustrativas, da relação entre *insight* e as diversas dimensões sintomatológicas da esquizofrenia e condições relacionadas, considerando aspectos clínicos, neurocognitivos, psicodinâmicos e transculturais. **Resultados:** Do ponto de vista conceitual, o construto é conformado pela perspectiva teórica adotada; do ponto de vista clínico, sua apresentação nas psicoses é a resultante da interação com os diferentes domínios sintomatológicos e aspectos subjetivos e culturais do paciente. **Conclusão:** A avaliação psicopatológica do *insight* deve levar em conta a complexidade do fenômeno, o recorte teórico em que está situada e a finalidade clínica com que é realizada.

Palavras-chave

Psicopatologia, esquizofrenia, autoconhecimento, *insight*.

ABSTRACT

Introduction: In the context of clinical psychiatry, *insight* is defined as a subcategory of self-awareness of patients, which is related to the recognition of the pathological manifestations that affect them and also the appreciation of the changes that these manifestations cause in their interaction with the outside world. **Objective:** To examine the forms of presentation of *insight* in schizophrenia and other psychoses. **Methods:** Conceptual analysis, with illustrative clinical vignettes, of the relation between *insight* and several symptomatologic dimensions of schizophrenia and related conditions, regarding clinical, neurocognitive, psychodynamic and transcultural aspects. **Results:** From a conceptual point of view, the construct is shaped by the theoretical approach adopted; from a clinical point of view, its presentation in psychoses is the result of the interaction with different symptomatologic areas and subjective and cultural aspects of the patient. **Conclusion:** Psychopathology assessment of *insight* must consider the complexity of the phenomenon, the theoretical approach used, and the clinical purpose for which it is done.

Keywords

Psychopathology, schizophrenia, self-awareness, *insight*.

INTRODUÇÃO

O termo *insight* deriva do alemão *Einsicht* e significa “olhar para dentro”, visão interna com os olhos da mente; percepção, discernimento ou entendimento do caráter íntimo ou da

natureza escondida das coisas. Existe apenas em línguas de raízes germânicas e as línguas latinas não possuem um termo unitário correspondente, traduzindo-o de acordo com a sua função¹. No campo da medicina, *insight* tem sido definido como consciência dos sintomas, reconhecimento deles

¹ Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria (FCM).

Recebido em
23/3/2011
Aprovado em
26/4/2011

Endereço para correspondência: Lucas F. B. Mella
Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária Zeferino Vaz, Barão Geraldo – 13083-887 – Campinas, São Paulo
Telefax: (+55 19) 3521-7206
E-mail: lfbmella@fcm.unicamp.br

como manifestações de uma doença, entendimento sobre suas causas e origens, apreciação de seus significados (como sua gravidade e suas consequências em termos de incapacidades funcionais) e colaboração com o tratamento². Antes do século XIX, os acometidos por doenças mentais eram classificados como totalmente desprovidos de *insight*, já que “insanidade mental” era indissociável de delírio e *insight* era, por definição, considerado inexistente nessa condição¹. Lewis³ definiu o termo no âmbito da psiquiatria como atitude correta (consciência, conhecimento e interpretações corretas) diante de uma mudança mórbida em si mesmo. Esse autor inovou, defendendo a possibilidade da existência de *insight* na psicose, criticando a utilização do *insight* para separar “neurose” e “psicose” e rejeitando a concepção dicotômica de *insight* como “presente” ou “ausente”³. Modernamente, Marková e Berrios⁴ definiram *insight* na psiquiatria como uma “subcategoria do autoconhecimento, a qual os pacientes expressam não apenas em relação ao distúrbio que os afeta, mas também em relação a como esse distúrbio afeta sua interação com o mundo”.

Antes entendido de forma unitária e categorizado como presente ou ausente, atualmente o conceito de *insight* é tido como um construto complexo, formado por vários componentes que comportam gradações e que são inter-relacionados e interdependentes¹. Marková e Berrios^{5,6} propõem uma estrutura hierárquica para o *insight*, com níveis progressivos de complexidade. Segundo essa teoria, particularmente no caso de certos sintomas mentais, os níveis elementares de *insight* seriam concomitantes ao próprio desenvolvimento dos sintomas. Ou seja, as vias iniciais de construção do *insight* e de formação do sintoma seriam comuns. Dessa forma, o desenvolvimento do *insight* estaria imbricado, ao menos inicialmente, com o desenvolvimento do sintoma. O nível secundário dessa hierarquia seria um julgamento acerca dessas manifestações com atribuições causais e modelos explicativos. O nível terciário corresponderia ao julgamento sobre as suas consequências e atitude diante delas. Esses dois últimos níveis seriam influenciados largamente pela inteligência geral, tendência à introspecção, experiências passadas e referências culturais, que são fatores variáveis de pessoa para pessoa^{5,6}.

Desde o início da década de 1990, a pesquisa empírica em psiquiatria clínica tem retomado o estudo do *insight*, por meio do desenvolvimento de instrumentos padronizados de medida de *insight*, o que resultou em revisões conceituais e reformulações desse construto. Os estudos têm se concentrado principalmente na avaliação do *insight* na esquizofrenia, condição na qual o *insight* frequentemente está comprometido¹. Os dados recentes mostram o comprometimento do *insight* como condição mais frequente na esquizofrenia⁷. Segundo Amador *et al.*⁸, 27% a 87% dos pacientes com esquizofrenia não apresentam consciência de seus sintomas, como delírios, transtorno do pensamento, aplainamento afetivo, anedonia e associabilidade. Sessenta por cento dizem não possuir transtorno mental⁸. Outros estudos apon-

tam maior prevalência de *insight* pobre na esquizofrenia do que em outros transtornos psicóticos. A partir desses dados, interroga-se se o *insight* pobre seria apenas uma consequência dos sintomas psicóticos ou se seria uma dimensão ou domínio sintomatológico independente na esquizofrenia, servindo inclusive para ajudar no diagnóstico diferencial entre esquizofrenia e outras psicoses. A maioria dos achados das pesquisas que visam correlacionar *insight* e variáveis clínicas da esquizofrenia (como gravidade, risco de suicídio, comprometimento neurocognitivo, sintomas negativos ou positivos e adesão ao tratamento) mostra-se contraditória e não permite conclusões definitivas. No entanto, eles parecem apontar para uma associação entre *insight* pobre com déficits cognitivos e *insight* completo com sintomas depressivos e maior risco de suicídio⁹⁻¹¹. Os dados têm sido mais consistentes no que diz respeito ao prognóstico da doença. *Insight* pobre tem sido correlacionado a pior prognóstico, mais internações, pior funcionamento psicossocial e maior tempo entre o início dos sintomas e a busca por tratamento¹².

Este estudo tem como objetivo avaliar a relação entre *insight* e os principais domínios sintomatológicos da esquizofrenia e de outras psicoses e a influência de aspectos subjetivos e culturais dos pacientes na apresentação do *insight*.

MÉTODOS

Realizou-se análise conceitual, ilustrada por vinhetas clínicas, das formas de apresentação do *insight* na esquizofrenia e em condições relacionadas. Para isso, foram utilizados vários referenciais teóricos, a saber, da psicopatologia descritiva, da psicopatologia neurocognitiva e da psicopatologia psicodinâmica, e foram levados em conta também os aspectos transculturais. As vinhetas foram formuladas a partir de atendimentos psiquiátricos realizados no ambulatório de psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Ao descrever as situações clínicas, foram realizadas as modificações necessárias para impossibilitar o reconhecimento das pessoas envolvidas, resguardando a identidade dos pacientes. Dentre as disponíveis, foram selecionadas as vinhetas clínicas que, na avaliação dos autores, melhor ilustravam os aspectos do *insight* abordados neste estudo.

RESULTADOS

Caso 1: “Os músicos se rebelaram e foram embora.”

FNT, homem, 29 anos, técnico em enfermagem. Diagnóstico: esquizofrenia.

Há quatro anos passou a acreditar que era maestro de uma orquestra, de modo que ficava horas sozinho em seu quarto nos “ensaios”, nos quais regia seus músicos e escutava as sinfonias de Beethoven que eles tocavam. Parou de trabalhar, não interagiu mais com colegas e familiares e mos-

trava prejuízo no autocuidado. No início dos atendimentos, ficava todo o tempo das consultas com um pequeno galho na mão e movimentando as mãos e os braços como se fosse um maestro. Com tratamento, melhorou em relação à interação social e ao interesse. Dizia não mais ouvir suas músicas e escutava apenas aquelas reproduzidas nos aparelhos de som. No entanto, explicava que os “ensaios” haviam acabado, porque os músicos haviam se revoltado contra ele e partido, por causa da influência de outro maestro, seu rival, o qual vinha o perseguindo há algum tempo.

Caso 2: “Quando as vozes aparecem, não dá para ter dúvida.”

YQ, homem, 23 anos, trabalha com serviços gerais em serralheria. Diagnóstico: esquizofrenia.

PÓ paciente relatava que ouvia vozes que comentavam sobre ele ou falavam mal dele, sempre quando a motosserra era ligada na serralheria em que trabalhava. Interpretava os sintomas alucinatorios como caixas de som, que estariam escondidas em pontos estratégicos para que ele pudesse ouvir tais vozes. Suspeitava que extraterrestres fossem os responsáveis por tal engenharia. Com o tratamento farmacológico, referiu melhora significativa dos sintomas, mas não aderiu à medicação por causa dos efeitos colaterais de sonolência diurna. Ao ser questionado sobre se aqueles fenômenos seriam provenientes de uma doença, já que ele havia melhorado e as vozes haviam desaparecido com os remédios, ele respondeu: “Já pensei muitas vezes isso e, quando estava controlado [o sintoma], acreditava que eu tinha esquizofrenia mesmo. Mas, quando as vozes aparecem, não dá para ter dúvida, são os ETs mesmo!”.

Caso 3: “Não seria um sinal de que a minha doença está voltando?”

MNM, homem, 35 anos, desempregado. Diagnóstico: esquizofrenia.

Há 15 anos, manifestou alucinações auditivas, associadas a delírio autorreferente. Referia que agentes da NASA o vigiavam e faziam comentários pejorativos entre si sobre suas ações, principalmente ao entrar no banheiro para se masturbar. Evoluiu com melhora significativa após o tratamento farmacológico. Reconheceu a natureza delirante e alucinatoria dos fenômenos vividos e entendeu que a origem deles se deve a um transtorno mental. Demonstrou excelente adesão ao tratamento e discernimento a respeito das limitações advindas da doença. No entanto, mantém alguns sintomas residuais. Quando entra no banheiro para se masturbar, percebe que “a NASA está olhando”. Relatou que, quando está entre muitas pessoas, sente que todos estão o admirando e pensa consigo mesmo que ele seria uma personalidade muito importante e famosa. “Eu acreditava que eu era o papa.” Mostrou-se preocupado com tais sensações e disse: “Doutor, acho que isso é manifestação da esquizofrenia. Não seria um sinal de que a minha doença está voltando?”.

Caso 4: “Quero um emprego de verdade, que use computador.”

SHN, homem, 22 anos, desempregado. Diagnóstico: esquizofrenia.

Aos 16 anos, apresentou quadro de comportamento e pensamento desorganizados. Escrevia palavras desconexas, sem sentido. Falava frases fora do contexto e com associações frouxas. Manifestou também delírio de grandeza: dizia que era compositor famoso e que havia escrito várias músicas de sucesso. Após o início do tratamento, os delírios e as alterações do pensamento e do comportamento remiram completamente. No entanto, o paciente evoluiu com perda do interesse social, restrição de interesses gerais, hipopragmatismo e aplainamento afetivo. Vive com os pais, mas pouco conversa com eles. Não tem amigos. Suas atividades resumem-se em andar de bicicleta a esmo pelo bairro e mexer nas cordas do violão, sem tocar nenhuma música. Apesar das limitações advindas da doença, faz dois anos que ele procura insistentemente empregos, cujas exigências excedem suas capacidades cognitivas e de empatia e traquejo social. Envia seu currículo para lojas de *shoppings*, escritórios contábeis e indústrias, sem sucesso. Nega-se a frequentar oficinas terapêuticas, dizendo que quer “um emprego de verdade, que use computador”.

Caso 5: “Ficaria normal sem os remédios e conseguiria levar a vida como antes?”

BND, mulher, 36 anos, artesã. Diagnóstico: psicose breve.

Apresentou dois episódios de sintomas psicóticos com início agudo. Subitamente, começou a acreditar que possuía doenças graves como SIDA e câncer e escutava os vizinhos comentando sobre sua condição. Após cinco dias da introdução de antipsicótico, os sintomas remiram totalmente. A paciente entendeu que os fenômenos ocorridos se deviam à alteração no pensamento e relacionava-os com estresse recente advindo do diagnóstico de câncer na sua mãe. Reclamava dos efeitos sedativos do uso do antipsicótico, mas aderiria bem ao tratamento. Preocupava-se muito a respeito das implicações do seu quadro: Seria portadora ou desenvolveria uma doença mental crônica? Haveria de tomar remédios por toda vida? Sem os medicamentos ficaria normal e conseguiria levar a vida como antes?

Caso 6: “Será que meu diagnóstico está correto?”

DTD, mulher, 30 anos, professora de educação infantil. Diagnóstico: esquizofrenia.

Iniciou quadro insidioso de desconfiança que os colegas de trabalho estariam a “testando” com provocações sutis no dia a dia. Esse sentimento logo se alastrou, de modo que percebia todos falando mal dela pelas costas: desconhecidos, colegas e familiares. Achava que as pessoas sabiam o que ela estava pensando e que aquilo que pensava era dito nos programas de televisão. Interpretava que a vigiavam por meio de câmeras de vídeo e pelo telefone. Respondeu bem ao tra-

tamento, com remissão completa dos sintomas. No entanto, evoluiu com sintomas ansiosos e depressivos após compreender que aqueles fenômenos se deviam à doença mental e que seria necessário o uso contínuo de medicamentos. Referia medo de ser julgada pelos familiares e pelos colegas de trabalho e não conseguir exercer suas atividades como antes. Perguntava frequentemente nas consultas sobre se seu diagnóstico estaria correto ou se teria mesmo de tomar aqueles medicamentos pelo resto da vida. Após dois meses de consultas, abandonou o acompanhamento médico. Retornou nove meses depois, relatando que havia interrompido o uso dos remédios e que os sintomas haviam voltado.

Caso 7: “Mas por que aparecem pessoas que morreram?”

KS, homem, 57 anos, desempregado. Diagnóstico: psicose secundária a traumatismo cranioencefálico (TCE).

Sofreu acidente automobilístico há 18 anos resultando em TCE grave, de modo a ficar em coma por alguns dias. Evoluiu com déficit de memória para fatos recentes, afeto lábil e comportamento mais desinibido, impulsivo e agressivo. Apresentava também episódios de alucinações auditivas e visuais. Relatava ouvir vozes chamando pelo seu nome da frente da sua casa, mas não havia ninguém. Via pessoas e descrevia minuciosamente suas vestes e alguns traços da face. Interpretava os fenômenos como espíritos de familiares e conhecidos falecidos que tentavam passar alguma mensagem para ele. KS sempre se declarou católico, mas, tal como seus familiares próximos, concomitantemente admitia a crença na reencarnação e na possibilidade de comunicação com os espíritos de pessoas falecidas, e em momentos de vida difíceis recorria a um centro espírita em busca de “passes espirituais”. As tomografias computadorizadas do paciente evidenciam atrofia cortical e subcortical em região temporoparietal direita. O eletroencefalograma mostra distúrbio não epileptiforme frequente na mesma região. Com o tratamento, o paciente apresentou melhora das alterações da personalidade, mas controle parcial das alucinações. Ele comparece regularmente às consultas e a adesão ao tratamento farmacológico é razoável. KS e seus familiares percebem a melhora devida ao tratamento e aceitam as explicações de que os sintomas foram causados por lesões cerebrais secundárias ao TCE. Contudo, ele diz: “Doutor, tudo bem, eu tenho um problema de cabeça. Poderia aparecer qualquer coisa pra mim... Mas por que aparecem pessoas que morreram?”.

DISCUSSÃO

Os dois primeiros casos exemplificam a relação entre *insight* e sintomas positivos da esquizofrenia, essencialmente delírio e alucinação. Segundo a definição de Lewis³, *insight* seria consciência, conhecimento e interpretações corretas diante de mudanças mórbidas em si mesmo. Mas, nas psicoses, a cognição não seria justamente uma das áreas comprometidas?

Ora, alterações na capacidade de construção e articulação do pensamento, do conhecimento e da consciência, além de comprometimento na elaboração de inferências e interpretações, são elementos psicopatológicos essenciais da composição do delírio e do *insight* pobre. Então, uma teoria possível seria que o comprometimento do *insight* em psicóticos não seria explicado apenas por alterações cognitivas independentes da psicose, mas por funções cognitivas “enviesadas” pelas alterações essenciais das psicoses. Dessa forma, a capacidade de *insight* estaria comprometida com o grau de atividade delirante e alucinatória². Haveria falhas nos processos de elaboração de inferências, relacionadas à construção dos delírios, ou seja, estariam comprometidas as capacidades de averiguar as implicações das ideias (ideias delirantes, no caso), compará-las com as evidências consensuais e/ou valorizar a importância das evidências consensuais¹³. No primeiro relato, a remissão da atividade alucinatória e a recuperação da interação social e dos interesses não foram percebidas pelo paciente como melhora dos sintomas da doença. A capacidade de crítica está tão comprometida pelos sintomas psicóticos que a melhora das alucinações musicais é interpretada de forma delirante como a dissolução da orquestra pelo maestro rival. Ou seja, a dissolução de parte dos sintomas psicóticos foi explicada por meio da extensão do próprio delírio. Contudo, o paciente demonstra consciência de que houve mudança, mesmo não atribuindo ao tratamento da esquizofrenia. Além do que, toma as medicações e comparece às consultas médicas regularmente, embora não esteja convencido de que tenha uma doença. Percepção subjetiva de mudança e adesão ao tratamento são componentes do *insight* que não se mostram afetados nesse caso.

A relação entre *insight* e alteração sensoperceptiva é ilustrada no segundo caso. O paciente chega a elaborar que as vozes que comentam suas ações são oriundas de uma doença mental, ainda que não tenha boa adesão ao tratamento. Contudo, quando os sintomas psicóticos estão intensamente ativos, a interpretação anterior dá lugar a uma nova, a qual está preenchida pelo delírio, de modo a esvaziar o componente do *insight* que identifica a experiência vivida como consequência de um transtorno mental. Possivelmente nesse exemplo, a alteração sensoperceptiva seja determinante para o comprometimento dos processos relativos à elaboração de inferências. As alucinações auditivas estariam determinando a ressignificação da realidade. Baseado nessa relação estreita e interdependente entre *insight* e sintomas psicóticos, questiona-se se, para se considerar remissão da doença, seria necessário também haver um *insight* completo⁵. A relação complexa entre *insight*, delírio e alucinação é igualmente bem exemplificada pelo paciente que reclama do desaparecimento das vozes com o uso do antipsicótico: “E agora, doutor, como saberei o que estão falando de mim?”

Por outro lado, o caso 3 contraria essa teoria e mostra a ocorrência de *insight* completo concomitantemente com

sintomas psicóticos em atividade. Essa situação clínica pode sugerir que *insight* pobre não seja causado simplesmente pela presença e gravidade dos sintomas psicóticos (principalmente sintomas positivos), mas que o *insight* pode representar um domínio sintomatológico próprio e específico na esquizofrenia¹². Uma especulação neurobiológica que explicaria o *insight* como um domínio separado é a de que exista um mecanismo neurocognitivo¹⁴ mais ou menos específico à manifestação do *insight*. Esse mecanismo estaria associado à atividade cerebral dos lobos frontais e teria relação com as funções executivas¹⁵.

O quarto caso ilustra a relação entre *insight* e sintomas negativos e cognitivos primários da esquizofrenia. Alguns estudos têm mostrado maior associação entre *insight* pobre e sintomas negativos primários do que sintomas positivos e negativos somados¹². Por outro lado, Dantas *et al.*¹¹ verificaram que não há diferença estatisticamente significativa no *insight* de pacientes com e sem síndrome deficitária (subtipo da esquizofrenia caracterizada pela preponderância de sintomas negativos primários e persistentes), quando controladas as diferenças de escolaridade e cognição. Esses dados sugerem que provavelmente o *insight* pobre em pacientes com síndrome deficitária, na verdade, esteja relacionado, ao menos em parte, com a cognição, e não necessariamente com os sintomas negativos. É provável que o paciente em questão apresente certo grau de entendimento sobre que é portador de uma doença crônica, que as alterações do pensamento do início do quadro foram causadas pela doença e que é necessário uso contínuo de medicamentos para o seu controle. Contudo, o paciente procura constantemente um emprego, cujas atividades ele teria enorme dificuldade para realizar, em virtude do severo prejuízo da interação social e da cognição geral acarretado pela esquizofrenia. Ou seja, há comprometimento do reconhecimento dos prejuízos funcionais resultantes da doença e inadequação da resposta afetiva às suas limitações. Assim, possivelmente a construção do *insight* estaria prejudicada justamente pela presença dos sintomas negativos e cognitivos. Alterações na resposta afetiva, que estão na base de alguns sintomas negativos, podem contribuir também para o comprometimento do *insight* na medida em que prejudicam a capacidade do paciente de responder afetivamente às alterações do mundo e de si mesmo (e, portanto, a uma doença grave). O comprometimento da ressonância afetiva e da empatia pode privar o paciente de observar a si mesmo sob a ótica do outro.

A crítica que a paciente do caso 5 demonstra contrasta com o caso anterior. Ela reconheceu uma mudança anormal em si, identificou os sintomas e atribuiu-os a uma doença mental. Teve expectativas e questionamentos sobre as consequências dessa doença, a necessidade de tratamento e os efeitos desejados e adversos do medicamento. Reconheceu a melhora dos sintomas com o medicamento e, apesar dos efeitos colaterais, manteve boa adesão ao tratamento. Preocupava-se com o prognóstico da doença e as perspecti-

vas em relação ao acompanhamento psiquiátrico. Esse caso exemplifica o *insight* completo, uma vez que exhibe a maior parte dos seus componentes: consciência de ter transtorno mental, capacidade de renomear as experiências psicóticas como anormais, reconhecimento da necessidade de tratamento, adesão ao tratamento e percepção de mudanças e dificuldades decorrentes da doença¹⁶.

Também é razoável clinicamente considerar que a paciente do caso 6 manifesta crítica adequada em relação aos sintomas. Contudo, mostrava-se ambivalente no que concerne ao reconhecimento da doença e à necessidade de tratamento, o que provavelmente acarretou o seu abandono. Parece que, após a recuperação, ela contemplou os fenômenos patológicos vividos e formulou uma crítica a eles. Mas é possível que isso tenha resultado no aparecimento dos sintomas ansiosos e depressivos e, paradoxalmente, em um comprometimento do *insight* de natureza defensiva manifesto por dúvidas quanto ao diagnóstico e à necessidade de tratamento. Nesse sentido, as concepções médica e neurobiológica não dão conta de uma compreensão mais abrangente desse caso. Uma vez constituída uma crítica razoável da doença, por que ela seria transitória? Qual a relação entre *insight* e sintomas depressivos e ansiosos? Os conceitos da psicopatologia psicodinâmica acerca do *insight* podem ajudar a explicar situações clínicas como essa. Segundo essa concepção, a dificuldade do sujeito em lidar com uma ideia inaceitável por ele acarreta a formação de um conflito intrapsíquico. O não reconhecimento e a não resolução desse conflito levam, por sua vez, ao afastamento dessa ideia intolerável da consciência e ao comprometimento do *insight* relacionado a ela. Quando esse conflito psicológico é formado pela dificuldade de aceitar uma doença potencialmente grave ou estigmatizante, a falta de *insight* pode ser interpretada como “negação” ou falsa interpretação relativamente benigna dos sintomas. Esse mecanismo serviria para proteger o paciente do estresse de enfrentar uma condição que muitas vezes se torna crônica, causa limitações funcionais, reduz a autoestima e promove estigma social, como a esquizofrenia¹⁷. Nesse contexto, os sintomas ansiosos e depressivos apresentados pela paciente provavelmente estão relacionados com as dificuldades de lidar com o *insight* inicial da doença e das suas consequências deletérias.

Retomando a definição de *insight* de Lewis³ como atitude correta ante uma alteração mórbida em si mesma, pode-se questionar a que tal “atitude correta” se refere. Entende-se que ela estaria relacionada a uma determinada norma preestabelecida por alguma autoridade, o modelo biomédico. Essa e outras concepções de *insight* tendem a considerar apenas o contexto do clínico, de forma a esperar que o paciente perceba as mudanças em si da mesma maneira que o médico, para que o *insight* seja considerado bom. Desse modo, o *insight* acaba sendo não mais que uma medida da concordância do paciente com o médico, ou seja, com o modelo biomédico do *insight*, desvalorizando as expectativas do paciente, baseadas

em sua bagagem cultural e experiências de vida. Por outro lado, a partir de uma visão transcultural, devem ser considerados como parte da construção do *insight* o conhecimento, as crenças e as expectativas individuais sobre causas, sintomas, manifestações e possibilidades de tratamento de certa doença, com base nos elementos da cultura e da vivência do indivíduo. Nesse sentido, caso o *insight* não seja avaliado a partir de um processo ativo de interação e negociação entre paciente e médico, com intuito de elaborar um significado para os sintomas e a doença, *insight* pobre pode ser confundido com a diferença entre os modelos explicatórios do clínico e do paciente para a doença¹⁷. As causas de erro e confusão na avaliação do *insight* frequentemente envolvem um problema na comunicação entre médico e paciente, o qual está relacionado a preconceito em relação aos transtornos mentais, estigma e diferenças sociais, além da falta de preparo dos médicos para levar em conta opiniões dos pacientes divergentes das suas. O último caso ilustra uma situação clínica, na qual não é incomum haver a confusão entre *insight* pobre e diferenças culturais entre a tradição médica e a do paciente. O paciente descrito confere significado aos seus sintomas a partir de um referencial místico-religioso compartilhado com um grupo social e com seus familiares. Sob a ótica transcultural, explicações congruentes com a cultura do indivíduo deveriam ser aceitas como indicativas de bom *insight*, desde que ele seja capaz de reconhecer a existência de algum tipo de mudança em seu corpo ou sua mente que afeta sua funcionalidade social e que sinta a necessidade de recuperar-se¹⁸.

Neste trabalho não são apresentados novos dados empíricos (isso foi feito em outras publicações^{11,19}); trata-se, sobretudo, do exame do conceito. Pretendemos traduzir o debate psicopatológico sobre a questão do *insight* na psicose para a linguagem do cotidiano clínico. A discussão pautada em casos clínicos aproxima os conceitos abordados com a prática clínica, de modo a orientar e ajudar psiquiatras e outros profissionais na importante e difícil tarefa de avaliar a crítica dos pacientes sobre sua condição patológica.

CONCLUSÃO

O construto do *insight* pode ser entendido na psiquiatria de forma contínua e dimensional. As dimensões ou componentes funcionariam como vetores, cuja interação resultaria na composição das diversas formas e graus de *insight*¹. A percepção da experiência vivida como patológica, a discriminação dos sintomas, a atribuição deles a uma doença mental, a identificação das incapacidades advindas da doença, a reação afetiva condizente, o reconhecimento da necessidade de tratamento, a colaboração e o discernimento das mudanças com este são alguns dos principais componentes do *insight*¹⁶. Particularmente nas psicoses, os sintomas positivos e negativos podem interferir na formação do *insight*^{2,5,12}, mas não o determinam de forma

absoluta e exclusiva. Mesmo assim, alguns casos não são plenamente contemplados por meio da concepção médica restrita do *insight*. Muitas dessas situações podem ser mais bem entendidas quando outros conceitos e outros focos se articulam com o modelo médico tradicional, como os conceitos psicodinâmicos e a releitura transcultural^{17,18}. Dessa forma, do ponto de vista conceitual, o construto *insight* é conformado pela perspectiva teórica adotada (psicopatologia descritiva, neurocognitiva, psicodinâmica e transcultural). Do ponto de vista clínico, seus componentes são afetados pela interação deles com os diferentes domínios sintomatológicos da esquizofrenia e condições relacionadas e com os aspectos subjetivos e culturais do paciente. Por fim, a avaliação psicopatológica do *insight* deve levar em conta a complexidade do fenômeno, o recorte teórico em que está situada e a finalidade clínica com que é realizada.

REFERÊNCIAS

1. Dantas CR, Banzato CEM. Adaptação transcultural do "Schedule for the Assessment of Insight – Expanded Version (SAI-E)", estudo de confiabilidade e análise fatorial da versão brasileira do SAI-E [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2006.
2. Fulford KWM. Completing Kraepelin's psychopathology: insight, delusion, and the phenomenology of illness. In: Amador XF, David AS. *Insight and psychosis*. New York: Oxford University Press; 1998.
3. Lewis A. The psychopathology of insight. *Br J Med Psychol*. 1934;14:332-48.
4. Marková IS, Berrios GE. The meaning of insight in clinical psychiatry. *Br J Psychiatry*. 1992;161:850-60.
5. Marková IS, Berrios GE. Insight in clinical psychiatry. A new model. *J Nerv Ment Dis*. 1995a;183:743-51.
6. Marková IS, Berrios GE. Insight in clinical psychiatry revisited. *Compr Psychiatry*. 1995b;36:367-76.
7. World Health Organization. Report of the international pilot study of schizophrenia. Geneva: WHO; 1973.
8. Amador XF, Andreasen NC, Flaum M, Strauss DH, Yale SA, Clark S, et al. Awareness of illness in schizophrenia, schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:826-36.
9. Kim C, Jayathilake K, Meltzer HY. Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophr Res*. 2003;60:71-80.
10. Schwartz RC, Smith SD. Suicidality and psychosis: the predictive potential of symptomatology and insight into illness. *J Psychiatr Res*. 2004;38:185-91.
11. Dantas CR, Barros BR, Fernandes PT, Li LM, Banzato CEM. Insight controlled for cognition in deficit and nondeficit schizophrenia. *Schizophr Res*. 2011;128(1-3):124-6. Epub 2011 Feb 24.
12. Amador XF, Kronengold H. The description and meaning of insight in psychosis. In: Amador XF, David AS. *Insight and psychosis*. New York: Oxford University Press; 1998.
13. Sackeim HA. Introduction: the meaning of insight. In: Amador XF, David AS. *Insight and psychosis*. New York: Oxford University Press; 1998.
14. Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res*. 2004;68:319-29.
15. Shad MU, Muddasani S, Prasad K, Sweeney JA, Keshavanan MS. Insight and prefrontal cortex in first-episode schizophrenia. *Neuroimage*. 2004;22:1315-20.
16. Kemp R, David A. Insight and compliance. In: Blackwell B, editor. *Compliance and the treatment alliance in serious mental illness*. Amsterdam: Harwood Academy Publishers; 1997.
17. Tranulis C, Corin E, Kirmayer LJ. Insight and psychosis: comparing the perspectives of patient, entourage and clinician. *Int J Soc Psychiatry*. 2008;54:225-41.
18. Saravanan B, Jacob KS, Prince M, Bhugra D, David AS. Culture and insight revisited. *Brit J Psychiatry*. 2004;184(2):107-9.
19. Dantas CR, Banzato CEM. Predictors of insight in psychotic patients. *Schizophr Res*. 2007;91:263-5.