

AS CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA O INDIVÍDUO COM ESQUIZOFRENIA

Juliana Florinda Mazetto¹
Letícia Mazetto²
Me. Renan Santiago Pereira³
Profa. Dra. Thais Caroline Attaide Lacerda⁴

RESUMO: A esquizofrenia é uma doença mental crônica que afeta 1% da população. Esta doença é caracterizada pela desordem mental profunda. Diante disso, surgem as formas de tratamento para esse sujeito, no qual necessita não só de medicações, mas também de terapias para suportar os delírios e alucinações provindos da doença. Entre elas, a Terapia Cognitivo-comportamental consegue não só minimizar os delírios e alucinações como também tratar dos demais sintomas que surgem com essa doença, tais como embotamento afetivo, cognição e convívio familiar. Possibilitando, portanto, para o sujeito uma melhora na qualidade de vida, com uma vida mais próxima do normal, isto é, trabalhando, estudando ou até constituindo uma família. O objetivo geral deste trabalho é avaliar se as contribuições da abordagem da Terapia Cognitivo-comportamental auxiliam e minimizam pensamentos disfuncionais no sujeito com a patologia esquizofrenia. Por fim, os objetivos específicos do trabalho são definir o que é esquizofrenia e quais os tipos existentes, pesquisar como a TCC pode ajudar a minimizar perdas cognitivas, e dados epidemiológicos; O artigo trata-se de um estudo de revisão de literatura, sobre estudos que avaliaram os benefícios da TCC no tratamento da esquizofrenia. Para tanto, foi realizada a busca eletrônica de artigos nas bases de dados PubMed e Scielo. Foram usados como critérios de seleção os artigos nacionais e internacionais que analisaram os benefícios da TCC no tratamento da esquizofrenia. Também foi analisado título, resumo e, por fim, o artigo na íntegra.

Palavras-chave: esquizofrenia; familiares; saúde mental; terapia cognitivo-comportamental.

1 INTRODUÇÃO

O objetivo geral deste trabalho é avaliar se as contribuições da abordagem da Terapia Cognitivo-comportamental auxiliam e minimizam pensamentos disfuncionais no sujeito com a patologia esquizofrenia.

Já os objetivos específicos são: definir o que é esquizofrenia; pesquisar como a Terapia Cognitivo-comportamental pode ajudar a minimizar perdas cognitivas; e citar a importância da adesão da medicação.

Na metodologia, foi realizada a busca eletrônica de artigos nas bases de dados PubMed e Scielo. Foram usados como critérios de seleção os artigos nacionais e internacionais que analisaram os benefícios da TCC no tratamento da esquizofrenia; também foram analisados título, resumo e, por fim, o artigo na íntegra.

A esquizofrenia é uma doença caracterizada pela desordem mental profunda, psicose (na qual o sujeito pode perder o contato com a realidade, objetivamente marcada por alucinações, delírios e pensamentos desordenados), ocorrem déficits cognitivos e comprometimento social, sendo um dos transtornos mentais graves comuns, mas sua natureza essencial ainda não foi esclarecida; é conhecida também por “síndrome”, grupo de esquizofrenias ou transtornos mentais. A doença ou síndrome pode ser hereditária, crônica e grave, fato que é citado na quinta edição do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5).

Vale salientar que esta doença envolve componentes genéticos e neurobiológicos, incluindo os chamados sintomas positivos, sintomas negativos, cognitivos e de humor. Os sintomas positivos são definidos

1 Autora: Graduando em Psicologia pela Faculdade Católica Paulista (UCA). E-mail: julianafmazetto@hotmail.com

2 Autora: Graduando em Psicologia pela Faculdade Católica Paulista (UCA). E-mail: ltemzetto@gmail.com

3 Orientador: Docente da Faculdade Católica Paulista (UCA). Mestre pelo Programa de Graduação em Psicologia UCA, Marília-SP. E-mail: renan.santiago@uca.edu.br

4 Coorientadora: Docente da Faculdade Católica Paulista (UCA). Doutora em Ciências pela Universidade Estadual Paulista – Júlio de Mesquita Filho. Mestre em Ciências Sociais pela Universidade Estadual Paulista – Júlio de Mesquita Filho. E-mail: thais.lacerda@uca.edu.br

como: psicóticos; alucinações; delírios e discurso desorganizado. Os sintomas negativos caracterizam-se por embotamento afetivo, pobreza de discurso e perda de interesse pelo ambiente em que o sujeito está inserido. Os cognitivos, consistem nos déficits na memória de trabalho, na atenção e em funções executivas, como a capacidade de planejamento, organização e abstração mental. E os sintomas de humor, são depressão, apatia, alegria ou tristeza (Beck, 2021).

Vale destacar também que a esquizofrenia é a terceira causa da perda de qualidade de vida entre pessoas de 15 a 44 anos, isso é citado na OMS (Organização Mundial da Saúde). Existem cerca de 1,6 bilhões de pessoas no mundo que sofrem não só com a doença, mas também com o estigma social. Essa doença se caracteriza por uma série de sintomas os quais acarretam prejuízos cognitivos (Brasil, 2022). Como na revisão da Organização Mundial da Saúde (OMS) acerca do impacto mundial da doença, relatado foi a taxa de prevalência de 0,92% para homens e 0,9% para mulheres (Mari; Leitão, 2000).

Diante disso, os sujeitos com esquizofrenia podem utilizar da Terapia Cognitivo-comportamental (TCC), no qual o tratamento é associado também com uso de medicações contínuas por se tratar de uma doença crônica. Através de diversos estudos, a TCC visa reduzir os sintomas, ensinando como o paciente pode analisar e mudar seus pensamentos disfuncionais, no intuito de que consiga levar uma vida mais independente e com qualidade a partir de seu diagnóstico.

Portanto, uma das maiores contribuições dessa abordagem para o sujeito com esquizofrenia é a redução dos sintomas, melhorando, assim, a qualidade de vida do cliente (Wanderley; Nogueira; Mattos; Gomes, 2019).

A TCC, desenvolvida em meados do ano de 1960 por Aaron Beck, é uma abordagem da psicologia que tem por objetivo reduzir reações emocionais excessivas e comportamentos disfuncionais de crenças nucleares. Dessa forma, pode-se afirmar que a TCC é capaz de reduzir delírios, alucinações e demais sintomas bem como a probabilidade de recaída, tendo sucesso de tratamento e contribuindo significativamente na melhora clínica (Beck, 2021).

O principal campo de avaliação diagnóstica na esquizofrenia é o comportamental, no qual os pensamentos são, por frequência, incoerentes com perda de continuidade lógica do raciocínio. As crenças irracionais delirantes e as experiências alucinatórias são frequentes e podem acompanhar o paciente em toda história natural da doença (Silva; Teixeira; Costa, 2000).

Desse modo, evidencia-se que com o auxílio da Terapia Cognitivo-comportamental com associação das medicações, têm se mostrado capaz de reduzir delírios, alucinações e demais sintomas com menor probabilidade de recaída, obtendo, assim, avanços consideráveis no tratamento (Amaral; Lourenço, 2022).

No entanto, não se deve deixar de considerar que a intervenção também precisa ser alinhada com o tratamento médico, isto é, com o uso de medicamentos e antipsicóticos, afinal, serão esses que reduzirão os sintomas positivos e negativos, contribuindo na melhora clínica.

2 HISTÓRIA: ESQUIZOFRENIA

A história da doença vem desde o séc. XIX através da definição de demência precoce por Emil Kraepelin, o qual classificou o transtorno mental e delineou a doença esquizofrenia, com etiologia, sintomatologia, curso e resultados comuns com um único objetivo para delinear a doença. Denominou como demência precoce, porque começava no início da vida e quase invariavelmente levava a problemas psíquicos. Kraepelin distinguiu três nomenclaturas para esse transtorno: paranóide, hebefrênica e catatônica.

Posteriormente, Eugen Bleuler também fez parte da trajetória histórica do transtorno mental, no qual combinou palavras provindas do grego “skhizein” que significa separar e “phren” que significa mente, o que substituiu o termo demência precoce da literatura e mais tarde também substituído por “esquizofrenia”. Bleuler definiu o termo e descreveu os chamados “sintomas fundamentais”, ou também denominados “sintomas primários” da esquizofrenia, que se tornaram conhecidos como os quatro “As”: associação frouxa de ideias, ambivalência, autismo e alterações de afeto.

Ainda, chamou de “sintomas acessórios” ou “secundários”, na qual incluíam alucinações e delírios (Ey; Bernard; Brisset, 1985). Os três primeiros subtipos incluem demência paranóide, hebefrenia e catatonia, que eram conhecidos como doenças ‘separadas’, até que Kraepelin fez uma junção e deu o nome de demência precoce. Juntamente com a esquizofrenia simples, introduzida por Bleuler, os subtipos paranóide, hebefrênico e catatônico de Kraepelin formaram, por fim, o grupo de esquizofrenias de Bleuler (Barbosa, 2006).

A necessidade clínica de identificar sintomas característicos da esquizofrenia marcou também tais décadas, com Schneider em 1948 e com os chamados SPO (Sintomas de primeira ordem), que eram: ouvir os próprios pensamentos soando alto (sonorização do pensamento); escutar vozes sob a forma de argumento e contra-argumento; escutar, com comentários, vozes que acompanham as próprias atividades; ter vivências de influência corporal; ter roubo do pensamento e outras formas de influência do pensamento; sentir tudo como sendo feito ou influenciado pelos outros no campo dos sentimentos, pulsões e vontade; e ter percepção delirante.

Entretanto, a expansão do conceito de fato da esquizofrenia deu-se especificamente nos Estados Unidos, principalmente devido às influências de Meyer e Sullivan, que interpretavam os conceitos bleulerianos. Outros autores dilataram o conceito de outras formas, como Kasanin com a psicose esquizoafetiva, que abolia a dicotomia kraepeliniana, ou como Hoch e Polatin, que aproximaram a esquizofrenia dos transtornos de personalidade por meio do conceito de esquizofrenia “pseudoneurótica”, levando muitos pacientes, que hoje seriam diagnosticados como bipolares ou com transtornos de personalidade, a serem diagnosticados como esquizofrênicos.

Como resultado disso, surge a segunda edição do Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-II), classificação de transtornos mentais feita em 1968, que apresenta um conceito de esquizofrenia muito amplo, com uma descrição de sintomas pouco elaborada, sendo considerado psicótico todo paciente que era “incapaz de atender às demandas da vida diária” (Elkis, 2000).

A publicação da 3ª edição da classificação americana (o DSM-III), em 1980, sintetiza esse período. No primeiro critério dessa classificação, tanto sintomas bleulerianos como schneiderianos são introduzidos. No segundo critério, tem-se a noção kraepeliniana de “deterioração a partir de um nível prévio”. Já no terceiro critério, inclui-se, além dos 6 meses de história (noção kraepeliniana de evolução), a distinção com a doença maníaco-depressiva.

As edições seguintes da DSM, incluindo a edição revisada da DSM-III (DSM-III-R) (1987) e o DSM-IV (1994), mantiveram basicamente o mesmo algoritmo diagnóstico, fazendo com que o conceito de esquizofrenia do DSM se tornasse um dos mais restritos do mundo. Então, ocorreram diversos avanços, incluindo: a definição objetiva e uniformização dos sintomas e critérios diagnósticos para esquizofrenia; o advento das drogas antipsicóticas e a caracterização de seus mecanismos de ação e padrões de respostas; e, por fim, a identificação de anormalidades biológicas na doença, têm em conjunto, tornando possível o surgimento de classificações mais precisas de subtipos esquizofrênicos, que consideram o curso da doença, resposta a tratamento, prognóstico e substrato patogênico (Elkis, 2000).

2.1 Tipos de esquizofrenia

Embora existam debates sobre o quão precisos são os tipos de esquizofrenia, ainda há sete subclassificações no CID-10⁵. A primeira delas é a “Esquizofrenia Paranoide” que é associada a delírios de perseguição e grandeza, assim como ideias ilógicas e irrealistas, podendo apresentar alucinações.

Os principais sintomas da esquizofrenia paranoide são: delírios de perseguição, ciúmes ou sobre fazer uma missão especial; alucinações, como ouvir vozes que dizem palavras ou dando ordens para a pessoa, ou ver coisas que não existem; mudanças no discurso, em que a pessoa pode ter a fala desorganizada ou inventar palavras; alterações no comportamento, que pode incluir agressividade e agitação; anosognosia, que é falta de percepção ou negação sobre a própria doença. Os indivíduos podem agir de forma desconfiada, principalmente porque esses sintomas fazem com que a pessoa confunda a linha entre o que é real e o que não é, dificultando a vida normal (Nussbaum, 2015).

A segunda delas é a “Esquizofrenia Hebefrênica”, que é uma forma de esquizofrenia caracterizada pela presença proeminente de uma perturbação dos afetos; as ideias delirantes e as alucinações são bem fragmentárias, o comportamento é irresponsável e imprevisível; O afeto é superficial e inapropriado. O pensamento é desorganizado e o discurso incoerente. Há uma tendência ao isolamento social. Geralmente, o prognóstico é desfavorável devido ao rápido desenvolvimento de sintomas “negativos”, particularmente um embotamento do afeto e perda da volição. A hebefrenia deveria normalmente ser somente diagnosticada em adolescentes e em adultos jovens (DSM-4).

O terceiro tipo de esquizofrenia é a “Esquizofrenia catatônica”, que é um subtipo raro de esquizofrenia. Esta é caracterizada por pouca fala, falta de interação social com as pessoas ao redor, recusa em se alimentar, movimentos corporais atípicos e até mesmo redução da atividade motora. Os sintomas catatônicos incluem imobilidade, rigidez muscular, mutismo, posturas estranhas e repetitivas, entre outros. A esquizofrenia catatônica pode envolver também episódios de violência, ou alta sugestibilidade (DSM-4).

Outro quarto tipo de esquizofrenia é a chamada “Esquizofrenia Indiferenciada”. Um dos tipos de esquizofrenia que não são percebidos rapidamente é o indiferenciado. Isso porque ele conta com uma diminuição lenta nas interações e nos interesses. Assim, as emoções dificilmente se aprofundam e as ideias são muito simples, apenas ligadas a coisas diretas. Os pacientes ainda passam a diminuir a atividade mental e o uso de recursos internos, além de regredir os comportamentos para formas mais simples. Por fim, há uma indiferença e uma apatia em relação ao mundo externo (DSM-4).

O quinto tipo de esquizofrenia é a “Depressão pós-esquizofrênica”. Essa esquizofrenia aparece após a esquizofrenia e conta com sintomas pouco intensos. Isso significa que há sintomas comuns de depressão, mas com alguns mais leves de esquizofrenia. Não é incomum ver pacientes esquizofrênicos desenvolverem depressão, e nem sempre as pessoas próximas percebem isso. Geralmente, o problema é encontrado quando um paciente passa por uma experiência depressiva ao superar a esquizofrenia. Na maior parte das vezes, ele apresenta sintomas mais leves, sem levar à classificação de episódio depressivo grave. Entre as teorias do motivo de a depressão pós-esquizofrênica acontecer, está o isolamento social provocado pela esquizofrenia que é um fator de risco para o transtorno (DSM-4).

O sexto tipo de esquizofrenia é a “Esquizofrenia Residual”. A classificação residual não tem as características que costumam definir os outros tipos de esquizofrenia e, por isso, é considerada menos grave.

5 Classificação Internacional de Doenças: uma lista de códigos alfanuméricos que categoriza doenças, condições de saúde, lesões e transtornos.

São pacientes que têm um histórico com o problema, mas mostram poucos sintomas psicóticos. Uma das formas de observar a residual é pela pouca presença dos “sintomas positivos”, simbolizados pelos traços que aparecem nos episódios de esquizofrenia, como alucinações, delírios, e distorções os sinais mais comuns são os “sintomas negativos”, que acontecem nas respostas emocionais e nos processos de pensamento cotidianos (DSM-4).

O sétimo tipo é “Esquizofrenia Simples”, nesta há poucos sintomas positivos graves, e os negativos se desenvolvem de forma lenta. Aqui, apatia, isolamento social e humor baixo são, talvez, os aspectos que possam se ver com mais frequência (DSM-4)

Cabe ressaltar que, apesar de serem diversos tipos de patologia que a esquizofrenia pontua, todas precisam de tratamento adequado, incluindo terapia, e/ou medicação, haja vista que, apesar de se dividirem em diversos tipos, são patologias que precisam de tratamento, para que o sujeito siga fazendo suas atividades diárias sem delírios, alucinações e sintomas adversos.

Importante destacar também que o DSM-5, oficialmente publicado em 18 de maio de 2013, é a mais nova edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana. É que este manual mudou a visão da esquizofrenia abandonando a divisão da esquizofrenia em subtipos (como era definido no DSM-4), pois para eles os subtipos apresentavam pouca validade e não refletiam diferenças quanto ao curso da doença ou resposta ao tratamento. Isso porque era comum os quadros em que os sintomas dos subtipos apareciam associados ou se alternavam ao longo da vida.

Por exemplo, a Catatonia não é mais apresentada como um subtipo da Esquizofrenia ou uma classe independente, no DSM-5 passa a ser dividida como: catatonia associada com outros transtornos mentais; catatonia associada com outras condições médicas; ou catatonia não-especificada.

No entanto, é válido ter o conhecimento de toda a definição da patologia durante a evolução dos DSMs para, assim, compreender a esquizofrenia de forma mais ampla, visto que em várias fontes de pesquisa ainda se classifica essa patologia em subgrupos. Além disso, é importante destacar que o tratamento da doença esquizofrenia está em constante evolução, portanto, o que é posto como válido hoje, pode não ser mais amanhã.

2.2 Epidemiologia esquizofrenia

Vale destacar a epidemiologia no processo na patologia esquizofrenia, que estuda a ocorrência e distribuição, investigando os fatores determinantes em sua etiologia e prognóstico. A prevalência da esquizofrenia segundo alguns estudos feitos em países como Europa e Estados Unidos e varia em 0,3 a 3% e não possui evidência de diferença de sexo.

No entanto, em outros estudos mais recentes (e com metodologias mais sofisticadas), estima-se que a prevalência desta doença gira em torno de aproximadamente 1% e relataram uma taxa de prevalência de 0,92% para homens e 0,9% para mulheres. A incidência (medida em unidades de serviços médicos) em Dublin, por exemplo, foi de 5,7 por 10.000 habitantes nos homens, e de 4,6 para 10.000 habitantes nas mulheres. E no Brasil a taxa se deu 1,9 a 3,9 por 10.000 habitantes na população masculina e de 1,8 a 3,2 por 10.000 na população feminina (Jair; Leitão, 2000). No estudo multicêntrico IPSS (*International Pilot Study of Schizophrenia*), foi observado que a proporção de pacientes com curso grave nos países desenvolvidos foi significativamente maior do que a verificada em pacientes de países menos desenvolvidos (Jair; Leitão, 2000).

3 TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL E ESQUIZOFRENIA

A Terapia cognitivo comportamental surge baseada no modelo cognitivo de Aaron T. Beck, e nos princípios de que nossas cognições influenciam de forma controladora nossas emoções e comportamentos, e que o modo como nós agimos e comportamos afeta nossos padrões de pensamentos e nossas emoções, ou seja, nossas respostas emocionais e comportamentais são influenciadas pela percepção que temos dos eventos, pelas interpretações que fazemos dessas situações ou pelo significado que atribuímos a elas; a forma como nos comportamos em um determinado evento pode reforçar o modo como pensamos e sentimos diante daquela determinada situação (Desidério; Gonçalves, 2020).

Existem níveis básicos de processamento cognitivo baseados em três elementos principais da TCC, sendo eles: “os pensamentos automáticos, as crenças intermediárias e as crenças nucleares” (Neufeld; Cavenage, 2010, p. 8). Primeiramente, vale ressaltar os denominados “pensamentos automáticos”. Eles surgem de forma espontânea, parecem válidos e estão associados a emoções perturbadoras ou comportamentos problemáticos, podendo ser falsos ou verdadeiros.

Em segundo lugar, as “crenças intermediárias” são como regras que influenciam a visão do indivíduo sobre uma situação e que conseqüentemente, influencia seus pensamentos, sentimentos e comportamentos. Por fim, as “crenças nucleares” são o nível cognitivo mais profundo, que consiste em ideias globais, absolutistas e rígidas. Tais esquemas se caracterizam por serem pensamentos globais, rígidos e super generalizados (Leahy, 2006).

Os esquemas funcionam como orientações de forma geral para a seleção e organização de diferentes dados, para a evocação de memórias e para a interpretação de cada situação. Tais esquemas são estruturados desde a infância, ou seja, a partir de experiências com pais, irmãos, familiares e outros modelos socializadores (Desidério; Gonçalves, 2020).

Dentre as técnicas utilizadas na TCC, destacam-se: técnica de normalização, a técnica dos módulos e a técnica do reforço das estratégias de enfrentamento. Algumas dessas técnicas possuem objetivos comuns, mas todas buscam a compreender o transtorno psicótico para adquirir habilidades para autorregulação desses sintomas e diminuir riscos de recaídas; diminuir as perturbações emocionais, abordando crenças disfuncionais; e reduzir a interferência das vivências psicóticas na vida do paciente (Desidério; Gonçalves, 2020).

Cabe destacar a técnica de normalização, que é utilizada considerando que a concepção delirante mantém uma conexão com a história de vida do paciente, e, com isso, busca ajudar o paciente a compreender os transtornos dos seus pensamentos e a relação deste com seus sentimentos e comportamentos, objetivando adaptar toda desadaptação gerada pelas vivências psicóticas (Santos; Silva; Pereira, 2018).

Já a técnica de módulos é realizada em seis etapas, que passam pela aliança terapêutica, avaliação dos sintomas psicóticos e uso de técnicas cognitivas e comportamentais para lidar com os sintomas. Tem como objetivo principal o encontro do paciente com uma nova perspectiva para os seus problemas (Santos; Silva; Pereira, 2018).

Por fim, a técnica do reforço das estratégias de enfrentamento, é que uma entrevista semiestruturada visando resgatar e aperfeiçoar os mecanismos (estratégias cognitivas como distração, autoinstrução, focalização da atenção; estratégias comportamentais como aumento ou início de interações sociais, aumento de estimulação sensitiva, uso de relaxamento e respiração abdominal; são as mais relatadas) já utilizados pelo paciente para lidar com seus sintomas (Santos; Silva; Pereira, 2018).

Existem dez princípios sobre a terapia cognitiva que devem ser seguidos e são necessários para

todos os pacientes, sendo eles: 1) Se baseia em uma formulação em contínuo desenvolvimento do paciente e dificuldades em termos cognitivos; 2) Almeja uma aliança terapêutica segura; 3) Requer colaboração e participação ativa; 4) É direcionada em meta e focalizada em problemas; 5) Inicialmente enfatiza o presente; 6) É educativa, visa ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta e enfatiza prevenção de recaída; 7) Visa ter um tempo limitado; 8) As sessões são estruturadas; 9) Ensina os pacientes a identificar, avaliar e responder a seus pensamentos e crenças disfuncionais, e 10) Utiliza uma variedade de técnicas para mudar pensamento, humor e comportamento (Beck, 2007). Surge nesse contexto a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), que reduz os sintomas negativos e positivos psicoeducando o paciente para que ele possa analisar e mudar seus pensamentos disfuncionais e, assim, conseguir levar uma vida mais leve e com qualidade a partir de seu diagnóstico (Lourrainy; Menara; Mattos, 2019).

Para realizar o vínculo terapêutico, é importante estabelecer uma boa relação de trabalho com o paciente, um procedimento terapêutico chamado de empirismo colaborativo. Paciente e terapeuta trabalham como uma equipe para avaliar as crenças do paciente, testando-as para verificar se estão corretas ou não e modificando-as de acordo com a realidade.

Depois, o terapeuta usa o questionamento socrático como um meio de guiar o paciente em um questionamento consciente que permitirá que este tenha um insight sobre seu pensamento distorcido, como por exemplo com o paciente esquizofrênico no qual pensa que ninguém gosta dele, ou que as pessoas tais não querem ser seu amigo porque têm inveja dele, é aí que ele vai descobrir que aquilo que pensa não é verdade.

Ao longo de todo tratamento, utiliza-se a prática psicoeducativa, com experiências específicas de aprendizagem desenhadas com o intuito de ensinar os pacientes a corrigir conceitualizações tendenciosas, testar a validade de pensamentos automáticos e crenças nucleares, monitorar e identificar pensamentos automáticos e identificar crenças provindas de padrões disfuncionais de pensamento (Beck, 2021).

Um plano de tratamento para toda a terapia e o assunto para cada seção são discutidos com o paciente. O feedback dos pensamentos do paciente sobre a sessão em andamento e o tratamento como um todo é sempre solicitado para criar a oportunidade de tratar e manejar qualquer concepção equivocada e mal-entendida que possa surgir no decorrer da terapia (Beck, 2021).

Os objetivos da Terapia Cognitivo-comportamental enfatizam o desenvolvimento de autonomia, autodeterminação e vida de qualidade, não apenas pela estabilidade e ausência de sintomas, mas principalmente pelos desejos, valores e necessidades do paciente e de seus familiares. Isso se torna possível quando o paciente desenvolve uma postura ativa e em direção a sua própria recuperação, com o intuito de contribuir com a adesão ao tratamento e atender antes o paciente e depois a família, pois é o primeiro momento para se trabalhar o vínculo, não importando que o sujeito esteja desorganizado, desagregado, agitado ou catatônico. Caso o diagnóstico se confirme, com o passar do tempo, a discussão sobre isso deverá ser feita quando o paciente estiver preparado e a aliança terapêutica estiver bem estabelecida. Sempre trabalhar a aceitação e conscientização da patologia (Beck, 2013).

Normalmente, o tratamento da TCC para a esquizofrenia é dividido em quatro etapas: 1) Fase inicial (estabelecimento da relação terapeuta, avaliação inicial, psicoeducação sobre a TCC, normalização, formulação do caso, plano de tratamento); 2) Fase de mudanças de estratégias (estratégias voltadas para mudanças estruturais no processamento cognitivo do paciente e de respostas comportamentais, redução de sintomas ou melhor manejo dos mesmos, melhora funcional); 3) Fase de formulação longitudinal (foco em mudanças de esquemas profundos); 4) Início da fase de superação e fase de consolidação (planejamento de manutenção de ganhos e prevenção de recaídas (Santos; Silva; Pereira, 2018).

As formas de trabalhar com a TCC a partir do modelo de Beck são baseadas na formulação cognitiva, em crenças mal adaptativas, estratégias comportamentais, fatores que marcam um transtorno específico e na conceitualização e compreensão de cada cliente e de suas crenças subjacentes específicas.

O tratamento para a esquizofrenia almeja o controle dos sintomas e a reabilitação da capacidade do sujeito de reconstruir a vida com qualidade. O tratamento apresenta melhores resultados quando realizado por equipe multidisciplinar, composta por vários profissionais de saúde em suas especialidades, como psicólogo, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro, entre outros, os quais atuam juntos em um plano terapêutico pensado exclusivamente na pessoa com o transtorno.

Nesse contexto, envolve um conjunto de medidas que visam amenizar os sintomas. Esse conjunto conta com o acompanhamento médico, uso de medicamentos antipsicóticos, psicoterapia, terapia ocupacional, entre outros e em alguns casos muito extremos a hospitalização. Um aspecto consistente do conhecimento a respeito da esquizofrenia é o fato de que o uso de medicações antipsicóticas produz melhora dos sintomas agudos da doença, como delírios, alucinações, insônia e desorganização do comportamento. Além disso, sabe-se também que a continuidade do uso é um dos principais fatores para a prevenção de recaídas. A medicação diminui a função elevada da dopamina, amortecendo a saliência aumentada que a pessoa dá para suas experiências (Assis *et al.*, 2013).

Embora os medicamentos antipsicóticos sejam o pilar para o tratamento da esquizofrenia, as intervenções psicossociais como a psicoterapia podem contribuir para a melhora clínica deste transtorno. A terapia cognitiva comportamental é usada em pacientes com esquizofrenia para melhorar distorções cognitivas, diminuir a distrabilidade e corrigir os erros de julgamento. Também há relatos de melhora em alguns pacientes com alucinações e delírios.

De uma maneira geral, a terapia cognitiva-comportamental no tratamento para o transtorno da esquizofrenia busca ensinar os pacientes a analisar e mudar seus pensamentos e crenças que estão ligados aos sintomas do transtorno, isso pode ser realizado através de técnicas como o questionamento socrático e a descoberta guiada, para que o paciente saiba de diferentes interpretações do que está distorcido em sua mente (Oliveira; Rodrigues; Siqueira, 2012).

São vários os motivos sólidos e racionais encontrados a partir de pesquisas e experiências clínicas para que a terapia cognitiva-comportamental seja utilizada no tratamento de sintomas de esquizofrenia. Citando alguns, primeiro pode-se dizer que a TCC usa uma abordagem resolutiva e direta que facilita o processo e é compatível com a orientação mais concreta de muitos pacientes com esquizofrenia.

Em segundo lugar, os tratamentos cognitivos-comportamentais são eficazes também em outros tratamentos psiquiátricos e mostraram significativos avanços no tratamento dos sintomas positivos de esquizofrenia. Já em terceiro lugar, a TCC pode ser manejada de acordo com as necessidades individuais de cada cliente, no caso, adaptada à subjetividade de cada indivíduo de modo que o tratamento flua melhor.

Por fim, muitos indivíduos com esquizofrenia já usaram ou usam de suas próprias estratégias (a maioria aprendidas em psicoterapia na abordagem TCC) para lidar com o transtorno, e o que pode ser feito é intensificar essas estratégias com a ajuda da TCC (Amaral; Lourenço, 2022). A terapia pode ser vista como aprendizagem de processos cognitivos por meio de instrução ou modelagem.

O paciente aprende por meio de exercícios repetidos a usar esses hábitos de pensamento sem precisar do terapeuta. Dessa forma, as conexões neurais para essa nova maneira de pensar são as mais alteradas no cérebro do paciente. A área de maior probabilidade a ser afetada no cérebro através da terapia cognitiva e o córtex frontal o qual é responsável por funções executivas como o planejamento e tomada de decisões.

Novas maneiras de pensar também podem ocorrer, havendo mudanças em outras regiões do cérebro. À medida que o paciente aprende a analisar as evidências a favor de suas crenças, as convicções dos delírios e as vozes podem diminuir e o estresse relacionado a essas crenças podem diminuir à medida que as convicções diminuem.

Beck (2007) explica que a psicoterapia não pode ser desenvolvida sem considerar o estabelecimento de uma relação terapêutica entre o paciente e terapeuta, sendo que isso se torna relevante à medida que outros métodos da terapia começam a ser aplicados. Essa é uma parte imprescindível da terapia, se pensado que a terapia cognitiva trabalha com a colaboração de cliente e terapeuta para se chegar ao processo de mudança.

Cardoso (2011) também fala que o estabelecimento de uma boa relação terapêutica ajuda pacientes a se sentirem mais seguros perante os seus sofrimentos e queixas. Desta maneira, uma vez consolidada essa relação, ela será determinada pela empatia e aceitação, o que contribui para que o terapeuta guie o paciente em direções diferentes das quais ele está vendo, com novas maneiras de processar e interpretar as situações, para que os indivíduos sejam mais conscientes de seus sentimentos e emoções, regulam, reflitam, manejam e as transformam de maneira mais adaptativa.

De modo geral, no tratamento da esquizofrenia, a Terapia Cognitivo-Comportamental busca “ensinar sistematicamente os pacientes a analisar, desafiar e [...] mudar pensamentos, atribuições e crenças subjacentes a sintomas psicóticos perturbadores, baixa autoestima e percepções da interferência na realização de objetivos funcionais” (Santos; Silva; Pereira, 2018).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados levantados, ressaltamos que a esquizofrenia é uma patologia que se não tratada corretamente, e precocemente pode gerar prejuízos imensos para o sujeito e não somente para ele, mas também para a família que o acompanha. Sabendo que a cada internação o sujeito acaba ficando mais vulnerável, e mais distante de sua vida social, pode ter prejuízos e dificultar a sua remissão. Nesse viés, possuir uma boa rede de apoio com familiares, psicólogos, médico psiquiatra, assistente social e outros da equipe multidisciplinar que existem na rede de apoio do doente é fundamental para o sucesso desse tipo de tratamento, evitando diversas internações para o sujeito.

Não há divulgação dos sintomas da esquizofrenia, nem para a população em geral, nem para os profissionais das Unidades Básicas de Saúde. E nas escolas? Por que não desenvolver campanhas elucidativas que facilitem a identificação dos sintomas no ambiente escolar, por parte dos professores e coordenadores?

Pior é que, mesmo depois de diagnosticada a doença, seus pacientes continuam sendo estigmatizados. A rede pública não possui tratamento especializado capaz de atender a demanda e isso faz com que os hospitais fiquem congestionados e, muitas vezes, formam-se filas de espera para internação. Não raro, pessoas atendidas nas Upas recebem medicamentos paliativos e são mandadas de volta para casa. O quadro poderia ser outro se a saúde mental contasse com maior atenção das autoridades.

Assim, doenças mentais e, em especial, a esquizofrenia, apresentam melhor evolução de remissão quando são diagnosticadas precocemente. Nesse sentido, quanto maior for a divulgação dos sintomas, melhor será o resultado dos tratamentos. Atualmente, já existem medicações mais efetivas que, no entanto, apresentam altos custos. A incorporação dessas medicações na lista de gratuidade do SUS, certamente ajudariam muito na solução desse problema. Ajudariam não somente as pessoas doentes, mas também as pessoas com quem elas convivem.

A pesquisa médica deve dedicar especial atenção às patologias psiquiátricas, precisamos que o mundo olhe para nós. Reivindico aqui meu lugar de fala, como pessoa que passou por vários tratamentos até chegar à remissão. Posso dizer com convicção que há sim cura para a imensa maioria dos casos.

No entanto, é preciso que haja uma mudança de paradigma em relação a este tema. A primeira coisa a ser feita é nos livrarmos dos estigmas, dos preconceitos. E o caminho para isso é, primeiramente informar a sociedade sobre as características das doenças, depois proporcionar condições para que tais casos sejam diagnosticados e tratados. Se tais projetos forem implantados, acredito que vidas serão salvas.

Cabe ressaltar a importância no processo de remissão que o paciente tenha adesão à medicação, visto que é papel do psicólogo da TCC ajudar o paciente a tomar o remédio, pois muitos pensam que é veneno e não tomam. Ademais, o psicólogo deve incentivar o sujeito a praticar atividades físicas e ter estilo de vida saudável, pois de acordo com Vancampfort (Mestre da faculdade Leuven, na Bélgica), atividades físicas diante da patologia de esquizofrenia podem trazer benefícios na pressão arterial, na composição corporal, no controle dos níveis de glicose, colesterol e triglicérides, no metabolismo geral e também sobre alguns domínios cognitivos. Assim sendo, esse hábito é considerado uma intervenção benéfica em relação aos déficits cognitivos, facilitando a recuperação funcional desses pacientes (Attux *et al.*, 2009; Firth *et al.*, 2017).

A terapia cognitiva comportamental tem sido usada em pacientes com esquizofrenia para melhorar as distorções cognitivas, reduzir pensamentos disfuncionais e corrigir os comportamentos disfuncionais. E há também relatos de melhora em alguns pacientes com alucinações e delírios no qual aprendem a analisar e mudar seus pensamentos e crenças que estão ligados aos sintomas do transtorno, isso pode ser realizado através de técnicas como o questionamento socrático, psicoeducação, para que o paciente tome conhecimento de diferentes interpretações daquilo que está distorcido em sua mente.

Dessa forma, não há dúvidas de que a esquizofrenia é uma das condições que podem e devem ser abordadas com o suporte da Terapia Cognitivo-comportamental. Este artigo não se propõe a determinar qual abordagem é superior, mas sim a relatar as contribuições da terapia cognitivo comportamental no contexto dessa patologia e a importância do tratamento para essa condição.

REFERÊNCIAS

AMARAL, E.; LOURENÇO, A. O Tratamento da Esquizofrenia na Terapia Cognitivo Comportamental. *In: ENCONTRO CIÊNTÍFICO CULTURAL INTERINSTITUCIONAL*, 20., 2022, Toledo. *Anais [...]*. Toledo: FAG, 2022. p. 1-8.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV**. 4. ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994.

ALVES, D. L. O vínculo terapêutico nas terapias cognitivas. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 55-71, 2017. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-868350>. Acesso em: 30 set. 2024.

ARAÚJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM – 5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, Barão Geraldo, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 12 nov. 2024

ASSIS, J. C. *et al.* **Entre a razão e a ilusão: desmistificando a esquizofrenia**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BECK, Judith. **Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

BEREBRIAM, A. NICOLETTI, E. **Terapia cognitiva comportamental para esquizofrenia**. São Paulo: Centro de Terapia Cognitiva Veda; Clínica, Ensino e Pesquisa, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/363107872_TERAPIA_COGNITIVA_COMPOR_AMENTAL_PARA_ESQUIZOFRENIA. Acesso em: 28 de março de 2024.

BECK, A. *et al.* **Terapia cognitiva da esquizofrenia**. Porto alegre: Artmed Editora, 2010.

BRESSAN, R. VILLARES, C. ASSIS, J. **Entre a Razão e a Ilusão: Desmistificando a Esquizofrenia**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DESIDÉRIO, B. M. A. GONÇALVES, D. M. Tratamento psicológico de esquizofrenia na abordagem cognitivo comportamental: Um estudo de caso no estágio profissionalizante. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, [s. l.], v. 6, Ano 2005, Ed. 11, p. 91-112, nov. 2020. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/tratamento-psicologico>. Acesso em: 30 set. 2022.

WANDERLEY, D. L. S. *et al.* Evidências dos Benefícios da Terapia Cognitivo- Comportamental Associada ao Tratamento Farmacológico da Esquizofrenia: Revisão Sistemática. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 48, n. 3, p. 666-684, fev. 2021. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3108>. Acesso em:

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas. 2002.

GIRLENE, MARIA, ANDRESSA. Esquizofrenia e terapia cognitivo comportamental: um estudo de revisão narrativa. **Ciência Biológicas e de Saúde**, Alagoas, v. 4, n. 2, p. 371-384, 2017. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/download/4577/2628/14813#:~:text=No%20t ratamento%20da%20esquizofrenia%2C%20a,a%20quali%2D%20dade%20de%20vida>.

Acesso em: 28 mar. de 2024.

ELKIS, H. A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. **Brazilian Journal of Psychiatry**, [s. l.], v. 22, p. 23–26, maio 2000.

MARI, J. J.; LEITÃO, R. J. A epidemiologia da esquizofrenia. **Brazilian Journal of Psychiatry**, [s. l.], v. 22, p. 15–17, maio 2000.

NEUFELD, C. B.; CAVENAGE, C. C. Conceitualização cognitiva de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo- comportamentais. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 3-36, dez. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872010000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2024.

NUSSBAUM, A. M. **Guia para o exame diagnóstico segundo o DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental - nova concepção, nova esperança**. Genova: OMS, 2001. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHR_2001_por.pdf;jsessionid=DF77795A816BAC54CEABAAF88CE2C33F?sequencia=4. Acesso em: 28 mar. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Transtornos Mentais**. Washington D.C.: OPAS, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>. Acessado em: 28 de março de 2024.

ROUQUAYROL M. Z., GURGEL M. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

QUARANTINI, L. C; SENA, E. P; OLIVEIRA, I. R. Tratamento do transtorno esquizoafetivo. Salvador: **Revista psiquiatria clínica**, [s. l.], v. 32, p. 89-97, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/PR57qKNVjhRHRnjxPFgdLhc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 mar. 2024.

SILVA, R. C. B. Esquizofrenia: uma revisão. **Revista de Psicologia da USP**, [s. l.], v. 17, p. 25-29, 2006.
Disponível em: Esquizofrenia uma revisao.pdf. Acesso em: 28 mar. 2024.