

O TREINO DE HABILIDADES SOCIAIS COMO INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA NA ESQUIZOFRENIA HEBEFRÊNICA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Letícia Mattos Esteves¹
Mariana Fernandes Ramos dos Santos²

Resumo: A Esquizofrenia equivale a um transtorno psiquiátrico grave que é marcado pela ruptura e alteração no pensamento, comportamento e emoção. Para o diagnóstico, leva-se em conta a predominância da sintomatologia, o que ocasiona, por sua vez, na descrição dos subtipos. Este artigo se fundamenta na Esquizofrenia do tipo Hebefrênica, no qual se caracteriza pelo detrimento do comportamento e afeto que caracterizam em maior intensidade no isolamento social e na apatia. Desta forma, se faz necessário um estudo de revisão bibliográfica que disserte sobre as técnicas do Treino de Habilidades Sociais proposto pela Terapia Cognitivo Comportamental com o intuito de acoplar técnicas que auxiliem no tratamento do embotamento social presente neste transtorno. Para isso, serão definidos os sintomas e critérios diagnósticos, a Habilidade Social e com isso, discutir sobre o Treino de Habilidades Sociais e suas técnicas. Verificar-se-á, a partir de então, que o Treino de Habilidades Sociais constitui uma das formas de tratamento que auxiliam o paciente a criar estratégias para melhorar o modo com que se relaciona com o meio que está inserido.

Palavras-chave: Esquizofrenia Hebefrênica; Embotamento Social; Treino de Habilidades Sociais.

Introdução

A Esquizofrenia consiste em um transtorno psiquiátrico grave caracterizado por uma disfunção cognitiva e emocional. Corresponde, portanto, a um acometimento mental onde a sua sintomatologia provoca tanto alterações na percepção, como também em um detrimento dos relacionamentos dos pacientes com o meio social (FERNANDES & SANTOS, 2012). No subtipo Hebefrênica, a Esquizofrenia se caracteriza com a predominância dos sintomas da alteração do afeto e comportamento, em que o paciente possui a tendência de se manter afastado pela perda da volição³ e por suas características afetivas inadequadas.

¹Graduanda do curso de Psicologia no Centro Universitário São José de Itaperuna (UNIFSJ), em Itaperuna/RJ. E-mail: leticia.m.esteves@gmail.com

²Professora do Centro Universitário São José de Itaperuna (UNIFSJ), em Itaperuna/RJ. Psicóloga. Neuropsicóloga. Terapeuta Cognitivo Comportamental. Especialista em Saúde Mental. Pós graduada em Psiquiatria com ênfase em Saúde Mental. Pós graduada em Reabilitação Neuropsicológica. Mestranda em Psicologia. E-mail: marineuropsi@hotmail.com - Orientadora

³Dalgalorrondo (2008) descreve volição como ato de vontade humana.

Assim, para Beck *et al.* (2010), destacam-se entre a sintomatologia o transtorno do pensamento, a alogia⁴ e a dificuldade em se comunicar por medo da rejeição, que contribuem para o afastamento do paciente de sua vida social. Esse isolamento, por sua vez, reforça ainda mais os sintomas negativos da Esquizofrenia Hebefrênica, ocasionando o embotamento afetivo⁵ e social, falta de prazer, déficits no cuidado pessoal, entre outros, o que culmina em um sofrimento ainda maior, não só no paciente, como também nos familiares e pessoas ao seu redor.

Em virtude da problemática do acometimento social resultante da patologia, este artigo prioriza em responder o questionamento da pesquisa de como esse embotamento social da Esquizofrenia Hebefrênica pode ser tratado pela Terapia Cognitivo Comportamental através do Treino de Habilidades Sociais. Será pautado pelo objetivo de discorrer sobre as técnicas do Treino de Habilidades Sociais que visam intervir nos sintomas negativos dos pacientes diagnosticados com Esquizofrenia Hebefrênica e ocasiona a dificuldade em se relacionar socialmente, ressaltando os critérios diagnósticos e as sintomatologias, definindo os conceitos de habilidades sociais e Treino de Habilidades Sociais para portanto elucidar possíveis técnicas de intervenção do Treino de Habilidades Sociais nos pacientes com Hebefrenia. Justifica-se pela relevância da necessidade de novos estudos que reúnam as técnicas de intervenção do Treino de Habilidades Sociais associadas a temática de melhorar a habilidade social dos pacientes, procurando, com isso, contribuir, através da revisão bibliográfica, com um estudo que auxilie profissionais da saúde mental e psicólogos no processo terapêutico e na melhora do comportamento social dos pacientes com o presente transtorno.

2 A Esquizofrenia

A Esquizofrenia se enquadra em diagnósticos de transtorno psiquiátrico de sintomatologia psicótica⁶. É considerado um transtorno mental que altera a linguagem, os pensamentos, a percepção, o comportamento e o afeto, somados a um prejuízo no funcionamento social, ou seja, nos relacionamentos, no trabalho, nos

⁴Redução da expressividade do pensamento e discurso (BECK, 2010).

⁵"(...) se reporta à diminuição da amplitude de expressão emocional" (ROCHA & QUEIRÓS, 2012, p. 17).

⁶A psicose é caracterizada por sintomas de alucinações e delírios, pensamento desorganizado e comportamento bizarro (DALGALORRONDO, 2008).

cuidados pessoais, etc (ROCHA & QUEIRÓS, 2012). O curso histórico desse transtorno se dispõe a partir de dois fundamentais teóricos: Krapelin e Bleuer.

Os estudos da Esquizofrenia, segundo Kaplan *et. al.* (1997), se iniciaram com Emil Krapelin utilizando o termo de “Demência precoce”, pois esses pacientes tinham sintomatologias diferentes dos pacientes com paranoia ou psicose maníaco-depressiva. Os pacientes com demência precoce apresentavam sintomas mais intensos de alucinações e delírios e se manifestava desde cedo na vida dos pacientes.

De acordo com Kaplan *et. al.* (1997), Eugen Bleuer foi o primeiro a utilizar o termo “Esquizofrenia” que caracterizava uma ruptura que os pacientes apresentavam entre pensamento, emoção e comportamento. Explicando essa ruptura, os sintomas foram divididos em duas classificações: fundamentais ou primários e acessórios ou secundários. Os sintomas fundamentais, Bleuer descreveu como os quatros “As”, caracterizando como alteração na associação de ideias, afeto⁷, autismo⁸ e ambivalência⁹. Enquanto os sintomas acessórios representavam as alucinações e os delírios.

Ao longo dos anos outros teóricos surgiram em seguida, contribuindo para definir o que conhecemos atualmente como Esquizofrenia.

De acordo com o CID-10 (1993), a Esquizofrenia constitui num transtorno mental que se caracteriza por alteração na percepção, pensamento e no afeto, sendo ele inadequado ou embotado. Para o diagnóstico, há uma série de sintomas principais que devem ser observados, são eles: eco do pensamento, em que o paciente acredita ter os pensamentos roubados ou compartilhados; delírios de controle que há passividade nos seus movimentos; vozes alucinatórias que dão comandos; delírios variados como acreditar ser algum político ou líder religioso; alucinações; alteração no comportamento; e sintomas negativos como apatia e isolamento. É, portanto, um transtorno marcado por alucinações e delírios constantes, acompanhados de comportamentos e relatos que se tornam incompreensíveis para as pessoas ao redor.

A sintomatologia marcada por alteração na cognição e emoção é descrita por Beck (2010) em duas categorias: sintomas positivos e sintomas negativos. Os

⁷Dalgalorrondo (2008) atribui ao afeto modalidade que engloba o humor, as emoções e os sentimentos.

⁸“(…) afastamento e isolamento social” (ROCHA & QUEIRÓS, 2012, p. 17).

⁹“(…) diminuição de comportamentos dirigidos a objetivos” (ROCHA & QUEIRÓS, 2012, p. 17).

sintomas positivos podem ser definidos como os que potencializam as funções cognitivas do paciente, incluem, portanto, distorções do pensamento e crenças errôneas das experiências, distorções das percepções, discurso desorganizado, alucinações e delírios. Os sintomas negativos se caracterizam por déficits nas emoções e comportamentos, significando embotamento afetivo e social, alogia, avolição (empobrecimento da motivação para atividades) e anedonia (falta de prazer).

Por conseguinte, de acordo com Rocha e Queirós (2012) os atuais manuais de doenças psiquiátricas, DSM-V e CID-10, destacam subtipos da Esquizofrenia para diferenciar os sintomas predominantes e diferem somente no tempo para a classificação. O subtipo mais comum é denominado Esquizofrenia Paranóide e que consiste na predominância de alucinações e ideias delirantes voltadas para questões persecutórias. A Esquizofrenia Catatônica é caracterizada por uma alternância de excitação e estupor. Podem apresentar sintomas de catalepsia¹⁰, maneirismo¹¹, mutismo¹², ecolalia¹³, estereotípias¹⁴. O subtipo Hebefrênia consiste no comportamento e afetividade deteriorados. A Esquizofrenia pode ainda ser caracterizada por Indiferenciada, em que não há predominância de nenhum subtipo, e Residual, em que há uma cronicidade de todos os subtipos. Para o diagnóstico, há, portanto, três critérios sintomatológicos que caracterizam esse transtorno mental: sintomas psicóticos apresentados por alucinações e delírios, deterioração do comportamento e sintomas negativos, caracterizados por prejuízos no afeto e atividades prazerosas.

1.1 Esquizofrenia Hebefrênica

A Esquizofrenia Hebefrênica é descrita no CID-10 (1993) como um subtipo da Esquizofrenia em que as alucinações e delírios podem estar presentes, mas não são

¹⁰Estado rígido do tônus postural reduzindo a mobilidade corporal. (DALGALORRONGO, 2008, p. 185)

¹¹Esteriotípias motoras com movimentos bizarros e repetitivos (DALGALORRONGO, 2008, p. 185).

¹²Ausência de resposta verbal oral. No transtorno psiquiátrico se manifesta como negativismo em que o paciente se opõe através de respostas verbais ao ambiente (DALGALORRONGO, 2008, p.239-240).

¹³Repetição que o paciente faz da última ou das últimas palavras que outra pessoa lhe falou (DALGALORRONGO, 2008, p. 240).

¹⁴Repetição de ato motor automático e uniforme (DALGALORRONGO, 2008, p. 185).

predominantes. Os sintomas que se ressaltam, portanto, são as alterações no comportamento e o afeto. A inadequação do afeto se manifesta sendo ele superficial, podendo o paciente rir quando não há estímulos, apresentar brincadeiras indevidas, caretas, frases repetidas e possuir postura arrogante. No comportamento, por sua vez, há uma perda de iniciativa e interesse pelas coisas, o paciente se sente sem objetivo e propósitos fazendo com que haja a tendência de se manter constantemente isolado.

Dalgalarrondo (2008) descreve que o pensamento desorganizado pode se apresentar desde pequenas alterações nas associações, como também no pensamento incompreensível. No comportamento, a inadequação pode aparecer como agitação, modo de se vestir, aparência estranha e nos comportamentos sexuais. Há também a perda do afeto e/ou reação desadaptativa frente a eles, reagindo de forma infantil.

Esse subtipo é comumente denominado também como Esquizofrenia Desorganizada referindo ao que o nome indica a desorganização da fala, comportamento e afeto. Tem o início em idade mais precoce do que os outros subtipos e um prognóstico delicado (HALES, et. al., 2012). Kaplan *et. al.* (1997) destaca que o paciente com tipo Desorganizado geralmente é ativo, porém, tem característica marcante de se sentir sem propósito e não construtivo. Possui ainda transtorno do pensamento e empobrecimento da realidade.

Dessa forma, a Hebefrenia consiste no subtipo da Esquizofrenia em que há maior isolamento social, em que o paciente ora tem comportamentos e afetos que podem soar ríspidos e estranhos, como também tem a perda de vontade em se relacionar socialmente, se configurando como apático e, tendo, portanto, uma perda no funcionamento do comportamento social.

3 Habilidades Sociais

A habilidade social e sua aprendizagem são incitadas desde cedo, posto que o Homem vive num meio social, o que significa dizer que deve se relacionar constantemente com outras pessoas. A infância é o período da vida em que estas práticas começam a ser introduzidas na vida de cada um. Os comportamentos são aprendidos através de exemplos, principalmente dos pais, em que a criança imita o modo de se expressar, entonação da voz e até mesmo o assunto da conversa, o

que consiste na modelação. Outra forma em que a habilidade social é inserida nesse período é através da instrução em que os pais ensinam através de comandos, por exemplo “não fale de boca cheia” (CABALLO, 1996).

Atualmente, o termo Habilidades Sociais é definido como o conjunto de comportamentos que são classificados a partir da Competência Social. Por conseguinte, Competência Social é caracterizada pelos conjuntos de comportamentos bem sucedidos (DEL PRETTE & DEL PRETTE 1999; 2001;2005; 2010 apud DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2011). Dessa forma, as Habilidades Sociais remetem a comportamentos adequados e bem sucedidos, lidando de forma apropriada com as situações, através, por exemplo, de demonstrações de sentimentos, desejos e opiniões, e com as pessoas ao redor (CABALLO, 2006 apud MELO, 2014).

O Treino de Habilidades Sociais (THS) é introduzido quando há dificuldade nessas práticas de comportamento, ocasionando prejuízos no funcionamento das relações sociais. É definido como:

um conjunto de atividades planejadas que estruturam processos de aprendizagem, mediados e conduzidos por um terapeuta ou coordenador, visando a: (a) ampliar a frequência e/ou melhorar a proficiência de habilidades sociais já aprendidas, mas deficitárias; (b) ensinar habilidades sociais novas significativas; (c) diminuir ou extinguir comportamentos concorrentes com tais habilidades (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2010, apud DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2011).

O THS constitui, então, no ensinamento, direto e sistemático, de estratégias e habilidades interpessoais, visando melhorar a competência individual com as pessoas ao redor frente às situações do cotidiano (CURRAN, 1985, p.122 apud CABALLO, 1996).

Caballo (1996) descreve quatro elementos essenciais para o desenvolvimento desse processo: 1- Treinamento de Habilidades em que consiste em ensinar comportamentos específicos, através da instrução, modelação, ensaio comportamental e reforçamento. 2- Redução da ansiedade em que leva-se em conta que a ansiedade nas situações problemáticas proporciona o comportamento desadaptativo. Assim, diminuindo a ansiedade torna-se possível introduzir novos comportamentos. 3- Reestruturação cognitiva propõe que os novos comportamentos modificam com o tempo as cognições, com isso, deve-se trabalhar concomitantemente nesse processo. 4- Treinamento de solução de problemas que

se caracteriza em avaliar a situação e qual a melhor resposta, a partir de então, para atingir o objetivo da específica comunicação interpessoal.

Consiste, assim, no processo de desenvolvimento das crenças do paciente, da distinção de comportamentos agressivos, assertivos e não assertivos, da reestruturação cognitiva, em que é modificado o modo de pensar, e do ensaio comportamental (LANGE, 1978, apud CABALLO, 1996).

O THS é, portanto, um programa que visa treinar atitudes e comportamentos a fim de que haja a reformulação, por sua vez, a recuperação dos comportamentos, e o modo desapropriado de expressão frente a eles. Observa-se que o THS cria mecanismos que auxiliam na melhora das relações com o meio social que o indivíduo está inserido.

4 Habilidades Sociais na Esquizofrenia Hebefrênica

Caballo (2007) relata que o detrimento no funcionamento social do paciente esquizofrênico ocasiona em dificuldades que vão além de estabelecer e manter as relações interpessoais, mas como também em trabalhar e com o cuidado consigo mesmo, por exemplo, com a higiene pessoal. Pode-se dizer com isso que a habilidade social do paciente com Esquizofrenia se apresenta, comumente, bastante prejudicada, compondo os sintomas negativos e reforçando-os ainda mais.

Caballo (1996) propõe algumas ações que podem auxiliar no processo de desenvolvimento das habilidades sociais, como por exemplo: iniciar e manter conversas, expressar amor, agrado e afeto, pedir favores, recusar pedidos, expressar justificadamente incômodo e desagrado, desculpar-se e enfrentar críticas. Essas atitudes podem ser utilizadas com a família, amigos, contatos com consumidor (comerciantes), pessoas com autoridade e pessoas ao redor. Assim como também os lugares para praticá-las são variados, como por exemplo, em casa, lojas, lazeres e etc.

Na Esquizofrenia especificamente, Caballo (2007) propõe alguns questionamentos como método avaliativo do funcionamento social do paciente. É interrogado se ele encontra-se muito tempo isolado, tem interesse em manter relações com amigos e íntimas, consegue expressar os sentimentos, obter resposta positiva das pessoas e solucionar conflitos. Após a avaliação da dimensão do detrimento social é proposto às estratégias do THS.

Levando em conta que a Esquizofrenia Hebefrênica se apresenta como um subtipo onde o comprometimento social é marcado pela alteração do afeto e comportamento, o THS visa propor técnicas para que haja através do treino dos comportamentos a sua reformulação, adequando o modo que se posiciona. Entre essas técnicas que se destacam no THS encontram-se: ensaio comportamental, modelação, retroalimentação e a representação de papéis, a fim de trabalhar com a assertividade, habilidades de conversação, controle de medicação, procura de atividade laboral, habilidades recreativas e de lazer, habilidades para relações, comunicação com a família e solução de conflitos.

4.1 Técnicas do THS

Santos (2014, p.35) atribui como ensaio comportamental “ensaiar comportamentos reais, focar modelagens de estratégias, fornecer direção e desenvolvimento de respostas”. Segundo Caballo (1996) o ensaio comportamental permite que o paciente enfrente situações em que apresentam dificuldades na vida, através de aprender a modificar os comportamentos substituindo-os por novos comportamentos mais adaptativos. Diferencia-se da representação de papéis porque este varia de acordo com o que acontece ou poderia acontecer na vida real do paciente, além de que a representação de papéis pode ser uma técnica utilizada para o ensaio comportamental. Alguns passos que podem ser trabalhados no ensaio comportamental são: descrição do problema; representação de como o paciente reage; identificação das cognições desadaptativas que provocam tal comportamento; identificação das soluções dos problemas; exibição de outras alternativas com outras pessoas (modelação); e representação de papéis com a nova alternativa, ensaiando de 8 a 11 vezes, ou quantas vezes necessário, para obter êxito no comportamento ensaiado.

A modelação que surgiu com Bandura *et. al.* (2008) e é definida como a aprendizagem de comportamentos a partir de modelos que podem ser intencionais ou não. Segundo ele, a imitação de comportamentos desses modelos acontecem por instinto natural, identificação com o objeto e por alguma recompensa. Teixeira, Esteves e Santos (2015) citando Bandura (2008) expõe que a modelação configura-se, portanto, que alguns comportamentos podem ser adquiridos através da observação de modelos constituídos por outras pessoas. Assim, o comportamento

do outro, que se caracteriza como sendo fator externo, podem influenciar determinantes do nosso processo de desenvolvimento e, por conseguinte, no nosso comportamento.

Para o THS, a modelação é proposta ao paciente por algumas formas como a exibição de vídeos, através do exemplo de pessoas do mesmo grupo e que tenha a mesma dificuldade, e a apresentação de pessoas novas ao grupo (CABALLO, 2006 apud MELO 2014). Melo (2014) citando Bandura, Azzi e Polydoro (2008) relata que mais do que apresentar as consequências que o modelo proposto sofreu, é fundamental que ele seja questionado sobre as consequências que o modelo poderá a ter, pois não consiste somente na exposição ao modelo e sim, se refere ao que o paciente pensa para modificar o comportamento.

Na técnica de representação de papéis é proposto que o paciente, em grupo ou individual com o terapeuta, represente situações que lhe cause dificuldade ou incômodo, invertendo sempre os papéis. O objetivo é auxiliar o paciente a compreender e desenvolver a habilidade social para uma comunicação eficaz a fim de melhorar a qualidade de vida (CABALLO, 2007).

A retroalimentação ou feedback é uma técnica utilizada em todas as outras citadas acima, pois permite readaptar o comportamento. Melo (2014) citando Del Prette e Del Prette (2008) expõe as seguintes etapas que podem ser utilizadas. São elas: contiguidade: consiste em dar o feedback ao paciente próximo ao desempenho; patricimônia: informar somente o que será válido; descrição: descrever os comportamentos e o juízo de valor do paciente; orientação: focar nos comportamentos que serão modificados; positividade: priorizar a valorização dos comportamentos adequados; e fidedignidade: verificar a opinião do paciente quanto ao feedback.

Recomenda-se ainda que as técnicas do THS sejam reforçadas sendo praticadas a habilidade social no cotidiano do paciente, em casa e na rua, por exemplo. O paciente deve escolher situações para começar uma conversa, expressar sentimentos, desejos, assim como, dizer o que pensa, a fim de que seja colocado em prática o que foi trabalhado (CABALLO, 2007).

Assis e col. (2013) relatam que quando o paciente se sente aceito e acolhido, melhora o seu isolamento social e a qualidade de vida. Para isso é preciso incitar aos poucos esses novos comportamentos a fim de que o paciente consiga sentir segurança para dar o próximo passo. O THS propõe, então, para a Esquizofrenia,

estratégias que visam o treinamento dos comportamentos para minimizar os efeitos negativos provocados pelas dificuldades em se comportar socialmente (GRESHAM, 2009, apud LEAL *et al.*, 2012).

Conclusão

Considerando, com isso, que a Esquizofrenia Hebefrênica apresenta um acometimento social que compromete a qualidade de vida com o meio em que vive, o THS proporciona a criação de estratégias e treinos dos comportamentos para o paciente. Sabe-se que a presente patologia necessita de ação farmacológica para o tratamento, porém, o presente trabalho visou reunir bibliografias que abordam o THS como forma de intervenção psicoterapêutica para os pacientes diagnosticados com o transtorno em questão.

A Terapia Cognitivo-Comportamental atribui o THS como uma das técnicas que auxiliam no tratamento do paciente com Esquizofrenia Hebefrênica e que visam trabalhar os sintomas negativos, como apatia e isolamento social, presentes no transtorno esquizofrênico, pois melhorando a sua competência social, o modo como o paciente se posiciona no meio que está inserido, acredita-se que mune o paciente frente ao enfrentamento dessa sintomatologia. Conclui-se, portanto, que o THS auxilia o paciente a reformular os comportamentos desadaptativos, tendo, assim, a melhora nos sintomas negativos presente na Esquizofrenia Hebefrênica e conseqüentemente na interação social e na qualidade de vida dos pacientes.

Referências

- ASSIS, J.C., VILLARES, C.C., BRESSAN, R.A. **Entre a razão e a ilusão**: desmistificando a esquizofrenia. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- BANDURA, A.; AZZI, R.G.; POLYDORO, S. Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos. In:_____. **Modelação**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 123-148
- BECK, A.T. **Terapia cognitiva da Esquizofrenia**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- CABALLO, VICENTE E. Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do comportamento. In:_____. **O Treinamento de Habilidades Sociais**. São Paulo: Santos Editora, 1996. p. 363-398
- CABALLO, VICENTE E. Manual para Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos. In:_____. **Tratamento Cognitivo-Comportamental da Esquizofrenia**. São Paulo: Santos Editora, 2007. p.591-633

DALGALORRONGO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. In:_____. **A vontade, a psicomotricidade e suas alterações**. Porto Alegre: Artmed, 2008, 2ªed. p. 174-192

DALGALORRONGO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. In:_____. **A linguagem e suas alterações**. Porto Alegre: Artmed, 2008, 2ªed. p. 232-244

DALGALORRONGO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. In:_____. **Síndrome Psicóticas (quadros do espectro da esquizofrenia e outras psicoses)**. Porto Alegre: Artmed, 2008, 2ªed. p. 327-333

DEL PRETTE, A., DEL PRETTE, Z.A.P. (Org.). Habilidades sociais: programas efetivas em grupo. In:_____. **Enfoques e modelos do treinamento de habilidades sociais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 19-56

DICIONÁRIO Aurélio. Editora Positivo. Disponível em: <<http://dicionariodoaurelio.com>> Acesso em: 27 ago 2016.

FERNANDES, M.C., SANTOS, S.A. **A importância da família na qualidade de vida dos portadores de Esquizofrenia**. Disponível em: <<http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/CuidarteEnfermagemv6n2juldez2012.pdf#page=35>> Acesso em: 01 mar. 2016

FREUD, Sigmund. O Eu e o Id, “Autobiografia” e outros textos. In:_____. **Neurose e Psicose**. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. p. 158-164

HALES, R.E.; YUDOFKY, S.C.; GABBARD, G.O. Tratado de Psiquiatria Clínica. In:_____. **Transtornos Psiquiátricos**. São Paulo: Artmed, 2012, 5ª ed. p. 430-482

KAPLAN, H.I., GRUB, J.A., SADOCK, B.J. Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. In:_____. **Esquizofrenia**. Porto Alegre: Artmed, 1997, 7ª ed. p. 439-466

LEAL, K.B.B., QUADROS, S.A., REIS, M.E.A. **A Terapia Cognitiva Comportamental e o Treino de Habilidades Sociais no tratamento de Fobia Social**. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0293.pdf>> Acesso em: 05 fev. 2016

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. In:_____. **Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípico e Delirantes**. Trad. de D.C. Porto Alegre: Artmed, 1993. p. 85-94

ROCHA, N.; QUEIRÓS, C. **Alterações neurocognitivas e da cognição social na Esquizofrenia**: caracterização, impacto na vida diária e reabilitação. Lisboa: Coisas de ler, 2012.

SANTOS, M. F. R. **Diálogo mente e cérebro**: reestruturação e reabilitação cognitivas numa interlocução entre Terapia Cognitivo – Comportamental e Gneuropsicologia. Allprint, 2014
SANTOS, M.F.R. Terapia Cognitivo Comportamental. In: Notas de aula da disciplina. Terapia Cognitivo Comportamental. **Resumo...** Itaperuna: Centro Universitário São José de Itaperuna, 2014.

TEIXEIRA, H.P.; ESTEVES, L.M.; SANTOS, M.F.R. Modelação: Internet e Transtornos Alimentares. In: Mostra de Terapia Cognitivo Comportamental, 13, 2015, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Painéis...** Rio de Janeiro, 2015.