

LINHA DO TEMPO DA ESQUIZOFRENIA E DESENVOLVIMENTO HUMANO

CHRONOLOGY OF SCHIZOPHRENIA AND HUMAN

DEVELOPMENT

CRONOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA Y EL DESARROLLO

HUMANO

Mariana Fernandes Ramos dos Santos¹

Maria Eduarda de Freitas Oliveira²

Resumo: A esquizofrenia é um transtorno mental crônico que afeta o indivíduo em suas esferas sociais e ocupacionais, causando consideráveis prejuízos no relacionamento interpessoal e na vida cotidiana desses pacientes de forma global. Nessa premissa, o presente artigo tem por finalidade apresentar a origem e desdobramento da esquizofrenia, apresentando os fundamentos iniciais do psiquiatra Emil Kraepelin (1856-1926) e, logo após, Eugen Bleuler (1857-1939). As diferentes definições e critérios para diagnóstico são vistas a partir das últimas revisões da Classificação Internacional de Doenças (CID) e do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Também, o trabalho apresenta a Terapia Cognitivo-Comportamental como uma das estratégias mais eficientes somadas ao tratamento medicamentoso da esquizofrenia, devido a sua capacidade de tratar o conteúdo cognitivo desordenado e crenças disfuncionais do paciente, possibilitando que o mesmo possa viver de forma saudável com o transtorno. Os sintomas da Esquizofrenia são amplos e se apresentam de formas distintas ao longo do desenvolvimento humano. Nesse sentido, conclui-se que as alterações cognitivas seletivas mais proeminentes no transtorno incluem déficits em atenção, memória e resolução de problemas.

Palavras-chave: Esquizofrenia. Terapia Cognitivo-Comportamental. Desenvolvimento Humano.

Abstract: Schizophrenia is a chronic mental disorder that affects the individual in their social and occupational spheres, causing considerable damage in interpersonal relationships and in the daily life of these patients globally. On this premise, this article aims to present the origin and development of schizophrenia, presenting the initial foundations of psychiatrist Emil Kraepelin (1856-1926) and, soon after, Eugen Bleuler (1857-1939). The different definitions and criteria for diagnosis are seen from the latest revisions of the International Classification of Diseases and the Diagnostic and Statistical Manual

¹ Mestra em Psicologia pela Universidade Católica de Petrópolis. Contato: marineuropsi@hotmail.com.

² Graduanda em Psicologia (UNIFSJ). Contato: m.eduardaf2001@gmail.com.

of Mental Disorders. Also, the work presents Cognitive-Behavioral Therapy as one of the most efficient strategies added to the drug treatment of schizophrenia, due to its ability to treat the patient's disordered cognitive content and dysfunctional beliefs, enabling them to live healthily with the disease. The symptoms of Schizophrenia are broad and present in different ways throughout human development. In this sense, the most prominent selective cognitive alterations in the disorder include deficits in attention, memory and problem solving.

Keywords: Schizophrenia. Cognitive behavioral therapy. Human development.

Resumen: La esquizofrenia es un trastorno mental crónico que afecta al individuo en su ámbito social y laboral, provocando daños considerables en las relaciones interpersonales y en la vida diaria de estos pacientes a nivel global. Sobre esta premisa, este artículo tiene como objetivo presentar el origen y desarrollo de la esquizofrenia, presentando los fundamentos iniciales del psiquiatra Emil Kraepelin (1856-1926) y, poco después, Eugen Bleuler (1857-1939). Las diferentes definiciones y criterios para el diagnóstico se ven en las últimas revisiones de la Clasificación Internacional de Enfermedades y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Asimismo, el trabajo presenta la Terapia Cognitivo-Conductual como una de las estrategias más eficientes agregadas al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia, debido a su capacidad para tratar el contenido cognitivo desordenado y las creencias disfuncionales del paciente, permitiéndole vivir de manera saludable la enfermedad. Los síntomas de la esquizofrenia son amplios y se presentan de diferentes formas a lo largo del desarrollo humano. En este sentido, las alteraciones cognitivas selectivas más destacadas en el trastorno incluyen déficits de atención, memoria y resolución de problemas.

Palabras clave: Esquizofrenia. Terapia de conducta cognitiva. Desarrollo humano.

INTRODUÇÃO

A Esquizofrenia é um transtorno mental crônico que se caracteriza pela dificuldade em distinguir o imaginário da realidade. Os sintomas podem ter grandes variações em cada sujeito, por isso, o diagnóstico da esquizofrenia foi alvo de grandes mudanças no decorrer da história da medicina.

O curso da esquizofrenia é bastante distinto e influenciado por diversos fatores. Nesse modo, a idade de início, o tipo de esquizofrenia, gênero, além de fatores individuais e ambientais que podem interferir em seu prognóstico, são pontos que influenciam no desenvolvimento e diagnóstico do transtorno.

Inicialmente, o transtorno foi descrito pelo psiquiatra Emil Kraepelin (1856-1926), ao final do século XIX como Demência Precoce. A explicação do termo se dá

devido à crença de que os casos avaliados, ao longo do tempo, hipoteticamente evoluíam para uma demência. Logo, no início do século XX, Eugen Bleuler (1857-1939) levantou novas pesquisas acerca da patologia. Esse autor identificava como relativo o fato do curso da doença evoluir para as demências, além de questionar a ocorrência precoce da sintomatologia, contrariando as ideias de Kraepelin. Portanto, consecutivamente Bleuler estabeleceu o conceito de esquizofrenia (ELKIS, 2000), a qual coloca a dissociação das faculdades psíquicas como principal característica da doença.

Bleuler, em 1908, propôs que a palavra esquizofrenia se traduzia como “mente cindida” posteriormente substituiu, em 1911, o termo “demência precoce” (VALENÇA; NARDI, 2015). De acordo com Silva (2006), “Bleuler conceitualizou o termo para indicar a presença de uma cisma entre pensamento, emoção e comportamento nos pacientes afetados”. Considerando o diagnóstico, ele classificou os sintomas em: fundamentais – sendo estes os distúrbios das associações do pensamento, autismo, ambivalência, embotamento afetivo, distúrbios da atenção e avolição; e acessórios – sendo estes apresentados por alucinações, distúrbios do humor ou sintomas catatônicos (ELKIS, 2012).

De modo geral, a esquizofrenia manifesta-se, normalmente, entre 15 e 35 anos e apresenta-se em 1% da população mundial (PIMENTA, 2019). O surgimento dos sintomas psicóticos ocorre na adolescência e no início do período adulto, sendo que nos homens tende a surgir alguns anos mais cedo do que nas mulheres. O diagnóstico da doença não possui grandes dificuldades, visto que os sintomas são visíveis e fortemente perceptíveis aos indivíduos.

Em contrapartida, os casos de crianças esquizofrênicas trazem um desafio especial para o diagnóstico. Na infância a personalidade está em desenvolvimento e aptas a mudanças, o que dificulta o diagnóstico preciso do transtorno nessas idades. Todavia, a esquizofrenia não acomete apenas idades avançadas, em alguns casos pode-se registrar a presença do transtorno em crianças (PIMENTA, 2019).

Os aspectos mais característicos da esquizofrenia são alucinações e delírios, transtornos de pensamento e fala, perturbação das emoções e do afeto, déficits cognitivos e avolição. Alucinações e delírios são frequentemente observados em algum momento durante o curso da esquizofrenia. As alucinações visuais ocorrem em

Revista Transformar Jan/Jun 2021. Vol 15. N. 1 E-ISSN: 2175-8255

15%, as auditivas em 50% e as táteis em 5% de todos os sujeitos, e os delírios em mais de 90% deles (PULL, 2005).

A esquizofrenia está presente em todas as regiões do mundo, apresentando medidas de incidência e prevalência relativamente iguais nessas populações (SADOCK; SADOCK, 2007).

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), em sua 5ª edição, a prevalência da esquizofrenia ao longo da vida varia entre 0,3 e 0,7 %. Segundo Silva (2006), a sua taxa compreende de 0,9-11 por 1.000 habitantes, e sua incidência anual está entre 0,1-0,7 novos casos para cada 1.000 habitantes. Portanto, estima-se que a esquizofrenia atinge cerca de 1% da população mundial, ou seja, cerca de 70 milhões de indivíduos no mundo (SADOCK; SADOCK, 2007).

Alguns dados da literatura (CHAVES, 2000; DSM-V, 2014) apontam que os homens desenvolvem mais precocemente a esquizofrenia, apresentando os primeiros sintomas de forma súbita ou insidiosa entre 18 e 25 anos. Já as mulheres comumente apresentam a doença dos 25 aos 35 anos, e 3 a 10% delas após os 40 anos (CHAVES, 2000). Essa proporção de esquizofrenia é similar entre os sexos (OMS, 2001), isto é, a prevalência nos homens é de 0,92% e nas mulheres de 0,9% (MARI; LEITÃO, 2000).

É válido ressaltar que o termo “transtorno do pensamento” refere-se a uma doença no conteúdo, assim como na forma dos pensamentos do indivíduo. Os transtornos do conteúdo do pensamento são os delírios. Os transtornos na forma de pensamento podem ser subdivididos em duas categorias: perturbação intrínseca do pensamento e, transtorno na forma em que os pensamentos são expressos na linguagem e na fala. A linguagem e o discurso desordenados descarrilamento, tangencialidade, neologismos, pobreza no conteúdo do discurso, incoerência, pressão da fala, fuga de ideias e fala retardada ou mutismo.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças em sua 11ª edição (CID-11), os sintomas da esquizofrenia subdividem em positivos, negativos, desorganização, sintomas cognitivos, psicomotores e de humor. Nesse sentido, ela é diagnosticada quando sintomas positivos e negativos ocorrem em conjunto com

perdas no funcionamento social, na ausência de sintomas proeminentes de humor (mania e/ou depressão), não decorrentes de doenças neurológicas ou do uso de substâncias (DALGALARRONDO, 2019).

A anedonia ou perda da capacidade de sentir prazer foi proposta como a característica central ou cardinal da esquizofrenia. A anedonia física abrange a perda de prazeres como admirar a beleza do pôr do sol, comer, beber, cantar, ser massageado. A anedonia social abrange a perda de prazeres como estar com os amigos ou estar com outras pessoas. O embotamento afetivo foi considerado comum, mas não onipresente, em pacientes com esquizofrenia, sendo também comum em pacientes depressivos. Os déficits cognitivos foram relacionados como características importantes da esquizofrenia desde as descrições originais de Kraepelin e Bleuler.

I. A ESQUIZOFRENIA AO LONGO DO TEMPO

A partir da década de 40, teorias psicológicas que visavam explicar a esquizofrenia a partir de relacionamentos familiares patológicos e padrões de comunicação interpessoal aberrantes eclodiram, o que influenciou certas escolas do pensamento psiquiátrico. Em 1948, Fromm-Reichmann, psiquiatra alemã, levantou o termo "mãe esquizofrenogênica", observando que determinados padrões de comportamento materno, incluindo hostilidade e rejeição, pareciam ser frequentes em mães de pacientes que desenvolviam esquizofrenia, entretanto a falta de comprovação empírica fez com que caísse em desuso (NÓBREGA, 2019).

Ao longo dos anos, os avanços metodológicos que contribuem para a eficácia dos critérios diagnósticos da esquizofrenia e para o esclarecimento dos conceitos originários e das bases biológicas da doença, passaram também a ser aplicados na investigação dos aspectos psicossociais associados à mesma. Nesse sentido, duas perspectivas têm demonstrado, de forma convincente, a influência dos fatores psicossociais sobre a forma de aparecimento e o curso dos sintomas esquizofrênicos.

Uma destas correntes diz respeito ao ambiente familiar de pacientes esquizofrênicos e a Emoção Expressa (EE), a qual tem sido utilizada para investigar o ambiente familiar de pacientes com transtornos mentais e a extensão pela qual os

Revista Transformar Jan/Jun 2021. Vol 15. N. 1 E-ISSN: 2175-8255

membros familiares próximos de um paciente expressam sua crítica, hostilidade, atitude de superenvolvimento emocional ou calorosidade quando falam sobre o paciente. Estudos utilizando metodologia adequada, (entrevistas bem estruturadas) para avaliar a presença destas atitudes, têm demonstrado que altos índices de EE na família aumentam significativamente a taxa de recaída e reinternação hospitalar de esquizofrênicos.

A segunda corrente de pesquisa relaciona-se com o estudo da influência de "eventos estressores psicossociais" no curso da doença. Sabe-se que o curso de diversas patologias pode ser influenciado por "eventos estressores psicossociais" como perda de familiar, mudança de moradia, exames escolares etc. Nessa direção, estudos recentes investigando a influência destes eventos no curso da esquizofrenia sugerem que pacientes esquizofrênicos podem apresentar piores sintomatológicas diante deste tipo de estresse (ZUBIN & SPRING, 1977).

Além dessas teorias psicológicas que explicam o desenvolvimento etiológico da doença, é válido ressaltar que, com o avanço da medicina e através da busca por medicações e diagnósticos precisos para a patologia, os conceitos da esquizofrenia sofreram grandes implicações ao longo do tempo (NARDI; QUEVEDO; SILVA, 2015).

A publicação da 2ª classificação americana (DSM-II) 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".

Em relação ao DSM-III, pode-se perceber que os sinais e sintomas comportamentais da esquizofrenia são facilmente identificáveis. Também, observa-se a exclusão das classificações neurose e psicose e a alteração do termo "doença", o qual foi substituído por "distúrbio" e, após outras revisões foi novamente substituído por "transtorno". De acordo com a psiquiatra Luisa Polonio (2020), o termo "doença" é aquele usado para condições que possuem uma causa definida, a qual é possível reconhecer por meio de exames. Não obstante, a mesma autora afirma que os distúrbios são anormalidades funcionais de um órgão ou de um sistema que não necessariamente fecham em algum diagnóstico. No caso das condições mentais, esses problemas acabam prejudicando as funções do sistema nervoso central e é preciso entender o que vem causando este desequilíbrio químico. Por fim, pode-se

Revista Transformar Jan/Jun 2021. Vol 15. N. 1 E-ISSN: 2175-8255

afirmar que os transtornos mentais são uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento do funcionamento mental. São associados a sofrimento e incapacidade significativa que afetam o indivíduo de forma globalizada, tanto em suas atividades sociais, quanto nas profissionais.

Não obstante, na 4ª Edição (DSM-IV) os sintomas do transtorno envolvem uma série de disfunções cognitivas e emocionais que acometem a percepção, o raciocínio lógico, a linguagem e a comunicação, o controle comportamental, o afeto, a fluência e produtividade do pensamento e do discurso, a capacidade hedônica, a volição, o impulso e a atenção. Nessa mesma edição, a duração deve ser de pelo menos seis meses, incluindo pelo menos um mês de fase de sintomas ativos, com pelo menos um sintoma. A esquizofrenia nessa edição é subdividida em Paranoide, Desorganizada, Catatônica, Indiferenciada e Residual.

A Esquizofrenia paranoide classifica-se pela presença de alucinações, delírios, sensação de perseguição e pensamentos sobre conspirações. Além disso, também apresenta fala e escrita confusas, alterações no humor, mudanças na personalidade e desinteresse com a vida social, o que pode resultar em isolamento social. No entanto, os pacientes nem sempre têm dificuldades em manter as suas atividades de rotina e relacionamentos estáveis com outras pessoas.

A Esquizofrenia Catatônica possui os sintomas predominantes nos distúrbios do movimento. Os pacientes que eram classificados dentro desse critério apresentavam considerável redução na execução de movimentos corporais, a ponto de a movimentação voluntária cessar completamente. Em outros casos, poderia ocorrer o inverso, quando os movimentos aumentam drasticamente. Os pacientes também podem apresentar resistência para mudar a sua própria aparência, fazer movimentos repetitivos, deixar de participar de atividades produtivas na sua rotina e passar horas parados na mesma posição. Outros sintomas associados à esquizofrenia catatônica são o hábito de repetir as falas de outras pessoas ou imitar seus movimentos.

Seguindo, a Esquizofrenia Desorganizada ou Hebefrênica, caracteriza-se pelo comportamento mais infantil, com respostas emocionais inadequadas e pensamentos

incoerentes. Pode-se observar que, neste critério de classificação, as alucinações e os delírios são menos comuns do que nos outros tipos. Não obstante, esses sintomas apesar de não serem frequentes, não são excluídos dessa classificação. Pode-se afirmar que os esquizofrênicos hebefrênicos têm dificuldade em seguir processos e organizar pensamentos. Por essa razão, nota-se que os pacientes hebefrênicos possuem dificuldades de realizar tarefas simples de rotina, como escovar os dentes, tomar banho ou vestir-se. Esses pacientes também têm dificuldade em expressar sentimentos e comunicar-se, podendo parecer emocionalmente instáveis.

A Esquizofrenia Residual era diagnosticada pela 4ª Edição da Classificação americana quando o paciente já não apresentava nenhum sintoma proeminente ou quando eles apareciam em baixa intensidade. Algumas alucinações e delírios ainda podem estar presentes, mas as suas manifestações costumam ser menos frequentes do que em fases anteriores da doença.

O diagnóstico da Esquizofrenia Indiferenciada era realizado quando era observado um paciente com sintomas de Esquizofrenia que ainda não estão completamente formados ou não são suficientemente específicos para serem classificados como nenhum dos outros tipos da doença. Nesses casos, os sintomas podem variar em intensidade e frequência, causando incerteza na classificação exata da doença.

Apesar dos critérios específicos para diagnósticos marcados pela 4ª Edição do DSM, é válido ressaltar que, mesmo com a presença dos diagnósticos, os tipos de Esquizofrenia podiam variar ao longo da vida de um paciente. Por isso, quem era diagnosticado com Esquizofrenia indiferenciada podia, com a evolução do quadro, ter o seu caso encaixado em outra categoria, a partir do desenvolvimento e curso da doença.

Em suma, atualmente as subdivisões foram abandonadas pelos sistemas de classificação atualizados, ou seja, CID-11 e DSM-V. De acordo com Dalgalarondo, como justificativa, o rompimento do diagnóstico baseado nas subdivisões ocorreu por não se revelarem suficientemente úteis, por não serem estáveis ao longo do tempo (pacientes poderiam transitar entre os tipos ao longo do tempo); não predizem padrão de evolução da doença; não predizem resposta a tratamentos farmacológicos ou psicossociais; são muito heterogêneos em relação às bases genéticas e neuronais da

esquizofrenia; a delimitação dos subtipos têm sido cada vez menos utilizada em pesquisas. Nesse sentido, a tabela 1 apresenta um esquema simplificado da evolução dos critérios para diagnóstico da Esquizofrenia, como descrito acima.

Tabela 1: Evolução dos critérios para diagnóstico da esquizofrenia

CID9	<p>Conceito descritivo;</p> <p>Sintomas de Primeira Ordem;</p> <p>Distúrbios do pensamento;</p> <p>Embotamento Afetivo;</p> <p>Não há referência quanto à duração da doença.</p>
CID 10	<p>Conceito amplo;</p> <p>Sintomas de Primeira Ordem;</p> <p>Vivências de influência corporal;</p> <p>Vivências de influência sobre o pensamento;</p> <p>Alterações da vontade;</p> <p>Percepção delirante;</p> <p>Fixou em um mês a duração da doença.</p>
CID 11	<p>Alterações do pensamento (delírios e/ou desorganização da forma do pensamento);</p> <p>Alterações da percepção (alucinações);</p> <p>Experiências de alterações do self (controle de forças externas);</p> <p>Perdas cognitivas (déficits na atenção, na memória verbal e na cognição social);</p> <p>Alterações da volição;</p> <p>Alteração dos afetos;</p> <p>Alterações psicomotoras;</p> <p>Catatonia.</p> <p>Os sintomas devem estar presentes por pelo menos um mês.</p>
	<p>Sinais e sintomas comportamentais facilmente identificáveis. Foram excluídos as classificações neurose e psicose (apenas como adjetivo</p>

DSM-III	que caracteriza comprometimento maciço no teste de realidade). Palavra doença foi substituída por distúrbio, depois transtorno.
DSM-IV	<p>Os sintomas que envolvem uma série de disfunções cognitivas e emocionais que acometem a percepção, o raciocínio lógico, a linguagem e a comunicação, o controle comportamental, o afeto, a fluência e produtividade do pensamento e do discurso, a capacidade hedônica, a volição, o impulso e a atenção.</p> <p>Dura pelo menos seis meses e inclui pelo menos um mês de fase de sintomas ativos, com pelo menos um sintoma. Subdivide em Paranoide, Desorganizada, Catatônica, Indiferenciada e Residual.</p>
DSM-V	<p>Dois ou mais dos sintomas como delírios, alucinações, discurso desorganizado e comportamento desorganizado ou bizarro (incluindo sintomas catatônicos), bem como sintomas negativos (embotamento afetivo, alogia, avolição) devem estar presentes com duração significativa de, pelo menos, um mês.</p> <p>Não há mais subtipos, há ênfase ao aspecto dimensional da psicose. Ao diagnóstico, é necessário ter dois sintomas ativos com um mês e sintomas psicóticos com pelo menos 6 meses.</p>

. Fonte: Autoria Própria.

II. ESQUIZOFRENIA E TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC)

A esquizofrenia é um transtorno de origem múltipla, cuja sintomatologia engloba disfunções cognitivas, emocionais e comportamentais que afetam a vida social e ocupacional do sujeito acometido, causando também sobrecarga familiar (OMS, 2001; DSM-V, 2014). Transtornos mentais graves, como a esquizofrenia, são apontados pela literatura como doenças crônicas altamente incapacitantes, associadas a risco de suicídio, a maior probabilidade de desenvolver comorbidades clínicas e a baixa expectativa de vida (CZEPIELEWSKI, 2016). Portanto, é imprescindível que o paciente diagnosticado com o transtorno tenha um acompanhamento psicológico para que esses riscos possam ser reduzidos.

Diante disso, a pessoa com esquizofrenia precisa de recursos psicossociais para se adaptar e reduzir os prejuízos ocasionados pelo transtorno. Por essa razão, o tratamento do transtorno deve englobar a combinação de medicamentos, apoio psicossocial e cuidados familiares. Portanto, o apoio psicossocial é realizado por psicoterapeutas especializados em Terapia Cognitivo-Comportamental, a Terapia Familiar, a Terapia Grupal e o Treino de Habilidades Sociais (SADOCK; SADOCK, 2007). Não obstante, o presente artigo abordará a importância da Terapia Cognitivo-Comportamental e seus resultados, em particular.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma abordagem da Psicologia que tem por finalidade promover a saúde mental dos indivíduos. Essa abordagem abrange métodos específicos e não-específicos que, embasados ao saber científico acerca dos diferentes transtornos, resultam em uma melhoria significativa dos problemas tratados. Portanto, pode-se afirmar que a TCC entende a capacidade dos seres humanos de modificar os seus pensamentos, emoções e comportamentos.

Trabalhos abordando o tratamento da esquizofrenia com essa abordagem psicológica tiveram início entre os anos 1980 e 1990 (WRIGHT et al., 2010) e vêm mostrando resultados significativos quando unida ao tratamento psicofármaco.

Estudos como a revisão de Barreto e Elkis (2007), apontam a eficácia dessa abordagem na redução de sintomas psicóticos.

Considerando que a esquizofrenia é um transtorno crônico que afeta o indivíduo em suas esferas sociais e ocupacionais, grandes são os prejuízos no relacionamento interpessoal e na vida cotidiana desses pacientes de uma forma geral. Nesse sentido, a principal função da técnica cognitivo comportamental é ensinar o paciente a conviver com o transtorno, o que gera um aumento das possibilidades de uma vida longa e saudável.

Diferentemente da psicopatologia tradicional, que vê o delírio como uma crença irreduzível, a TCC possui outra perspectiva acerca do delírio, a qual permite que o paciente, utilizando áreas intactas do seu psiquismo, possa encontrar novas alternativas para sua crença delirante e, com isso, diminuir o impacto desse pensamento disfuncional em sua vida. Nessa direção, a abordagem considera que os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia são capazes de modificar a sua existência, como afirma Beck “o fato de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia apresentarem crenças irracionais não significa que eles sejam irracionais”.

O primeiro relato do uso de TCC em psicoses data de 1952, quando Beck publicou um artigo sobre psicoterapia em um caso de esquizofrenia crônica com persistência de sintomas delirantes (BECK, 1952). Atualmente, a Terapia Cognitiva tem se mostrado uma das técnicas psicoterápicas de melhor eficácia utilizada no tratamento das psicoses. É válido ressaltar que a TCC não restringe o tratamento da Esquizofrenia às psicoterapias, mas surge como um complemento aos cuidados medicamentosos. Conforme Alford e Beck (2000) a farmacoterapia e outros tratamentos concomitantes, são normalmente necessários para o tratamento de transtornos psicóticos. Assim, a terapia cognitiva é adicionada no plano de intervenção a estes pacientes para que aumente a adesão, focalizando seus esforços nos processos cognitivos, fatores sociais, interpessoais e psicológicos.

Outro aspecto importante no tratamento dos pacientes diagnosticados com esquizofrenia é a consideração dos processos inter-relacionados de identificar, monitorar e avaliar pensamentos e crenças. Desse modo, é possível fazer com que o paciente se “distancie de seus pensamentos” (ALFORD E BECK, 2000, p.129) para que assim possa observar os próprios pensamentos como construções de realidade

e não como a realidade propriamente dita. Portanto, através da orientação do terapeuta a essa descoberta e a partir da condução de um diálogo, o paciente pode perceber a discrepância entre o seu ponto de vista e o dos demais, reconhecendo assim a diferença.

Durante o processo de avaliação psicológica, os terapeutas cognitivo-comportamentais costumam utilizar os sistemas classificatórios vigentes, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), em sua quinta edição e a Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento (CID), em sua décima revisão.

Algumas habilidades específicas do terapeuta dessa abordagem teórica envolvem planejamento das estratégias de intervenção, definição de metas e avaliação de resultados. A TCC envolve ainda o ato de educar o cliente no modelo cognitivo-comportamental, em um processo psicoterápico dinâmico que inclui usar instrumentos e atividades propostos como checagem de humor, agenda, dever de casa, sumarização e feedbacks durante as sessões, identificando e afugentando pensamentos automáticos, assim como utilizar o registro de pensamentos disfuncionais (RPD), identificar erros cognitivos, utilizar atividades programadas e registros destas, lançar mão das sessões de reforço, *follow-up*³ e de término de terapia.

Wright, Basco e Tase (2006) ressaltam que, para se tornar um terapeuta cognitivo-comportamental competente e qualificado para atendimento de todas as demandas exigidas, devem-se considerar os critérios recomendados como diretrizes de competência pela Associação Americana de Diretores de Treinamento em Residência Psiquiátrica (AADPRT). Esses critérios estão agrupados nas três dimensões (conhecimento, habilidades e atitudes) de competência.

Em suma, os pacientes diagnosticados com esquizofrenia requerem de um tratamento amplo. A Terapia Cognitivo-Comportamental possui diversas estratégias aplicáveis e eficientes ao tratamento. Dentre as intervenções mais importantes estão os treinamentos em habilidades sociais; terapia familiar comportamental; treinamento em habilidades de enfrentamento para controlar sintomas psicóticos e um tratamento

³ Em termos médicos, *follow-up* é o período no qual o paciente já terminou o tratamento, e realiza acompanhamento médico ambulatorial periódico.

integrado para os transtornos por consumo de substâncias psicoativas (CABALLO, 2003).

III. SINAIS E SINTOMAS AO LONGO DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

A esquizofrenia pode apresentar início agudo ou insidioso, os quais possuem características distintas evoluindo para uma sintomatologia própria. O início agudo é caracterizado pelo aparecimento dos sintomas de forma abrupta, evoluindo para uma deterioração se não tratados imediatamente.

Sintomas prodrômicos pouco específicos, incluindo perda de energia, iniciativa e interesses, humor depressivo, isolamento, comportamento inadequado, negligência com a aparência pessoal e higiene, podem surgir e permanecer por algumas semanas ou até meses antes do aparecimento de sintomas mais característicos da doença. Familiares e amigos em geral percebem mudanças no comportamento do paciente, nas suas atividades pessoais, contato social e desempenho no trabalho e/ou escola (FILHO; FILHO, 1996).

Portanto, os pacientes com esquizofrenia demonstram um déficit cognitivo generalizado, ou seja, eles tendem a ter um desempenho em níveis mais baixos do que controles normais em uma variedade de testes cognitivos. Eles apresentam múltiplos déficits neuropsicológicos em testes de raciocínio conceitual complexo, velocidade psicomotora, memória de aprendizagem nova e incidental e habilidades motoras, sensoriais e perceptuais.

É sabido que os homens têm uma idade de início da doença mais precoce que as mulheres. Essa observação pode ser considerada um dos achados mais consistentes de pesquisa em esquizofrenia, e independe do critério utilizado para início da doença. Em geral, os homens têm um início entre 18-25 anos e as mulheres em torno dos 25-35 anos. Essa diferença vai depender do critério diagnóstico utilizado para esquizofrenia. No início da adolescência, a razão homem/mulher é 2:1.

De acordo com um estudo multicêntrico realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a doença tem seu início no fim da adolescência e no começo da idade adulta, mas pode começar mais tardiamente, principalmente nas mulheres, já que os homens apresentam um risco 1,4 a 2,3 vezes maior do que as mulheres de desenvolver esquizofrenia, com idade média de cinco anos menor. Segundo o The Global Burden of Disease, um estudo patrocinado pela OMS sobre o custo de doenças médicas no mundo inteiro, a esquizofrenia está entre as 10 principais causas de incapacitação entre pessoas na faixa etária de 15 a 44 anos.

Buscando um consenso para avaliar os déficits cognitivos na esquizofrenia, especialistas (NUECHTERLEINET ET AL., 2004) envolvidos com o desenvolvimento do projeto MATRICS (MEASUREMENT AND TREATMENT RESEARCH TO IMPROVE COGNITION IN SCHIZOPHRENIA) analisaram estudos, cruzaram informações e propuseram sete alterações cognitivas a serem consideradas na avaliação neuropsicológica de pacientes com esquizofrenia, sendo a velocidade de processamento (rapidez em que são executadas tarefas simples que demandam funcionamento dos processos cognitivos); memória e aprendizagem verbal (capacidade de aprender e recordar informações verbais); memória e aprendizagem visual (habilidade de aprender e recordar informações visuais); raciocínio e resolução de problemas (capacidade de pensar/raciocinar em atividades novas utilizando conhecimentos previamente adquiridos); memória de trabalho (capacidade de retenção e manipulação de informações para utilização imediata); atenção/vigilância (habilidade de manter a atenção focada em uma atividade); cognição social (capacidade de identificar, manipular e adequar o comportamento a um determinado contexto, a partir da detecção de informações provenientes do ambiente em questão).

Em suma, pode-se afirmar que as funções cognitivas são as primeiras a apresentarem prejuízos e déficits, mesmo antes dos sintomas psicóticos aparecerem (KEEFE; EESLEY, 2013). Por essa razão, observar os índices dos prejuízos nessas áreas e o que se encontra preservado é de fundamental importância para se estruturar um programa de reabilitação e tratamento.

Ao longo do desenvolvimento humano, algumas alterações cognitivas são observadas. Não obstante, as alterações cognitivas seletivas mais proeminentes e persistentes ao longo das etapas da vida incluem déficits em atenção, memória e

resolução de problemas. O DSM-V descreve os cinco domínios que caracterizam as anormalidades presentes na esquizofrenia. Essas disfunções, representadas por delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico, e sintomas negativos correspondem também à sintomatologia necessária para formulação do diagnóstico desse transtorno mental.

Os sintomas se apresentam de formas distintas no decorrer do desenvolvimento humano. Na infância e na adolescência podem ter poucos amigos e excluir-se de atividades sociais ou relações afetivas. Diferente disso, preferem atividades mais solitárias como ver televisão, ouvir música ou jogar jogos de computador. Nesta fase, pode desenvolver um interesse em ideias abstratas, por filosofia, por religião ou até desenvolver sintomatologia obsessiva.

A partir disso, sabe-se que os sintomas da esquizofrenia podem ser classificados entre positivos, negativos e outros sintomas (cognitivos e afetivos). O primeiro grupo classifica-se pela presença de alucinações auditivas (vozes que fazem comentário e conversam entre si), somáticas, táteis, olfativas e visuais; Delírios persecutórios, de ciúmes, culpa, pecado, grandiosidade, somáticos etc; Comportamento bizarro (presença de roupas peculiares, aparência, comportamento social, comportamento sexual); Alteração formal do pensamento (descarrilamento, tangencialidade, incoerência, falta de lógica, fala acelerada, reverberação neologismo).

O segundo grupo de sintomas, os negativos, são marcados por um conjunto de sintomas que representam a perda ou diminuição das funções normais. Este grupo de sintomas acompanha a evolução da doença e refletem um estado deficitário ao nível da motivação, das emoções, do discurso, do pensamento e das relações interpessoais. Portanto, O DSM-V classifica este tipo de sintoma como aplanamento e embotamento afetivos (redução da amplitude e intensidade da expressão emocional), alogia (pobreza no discurso com respostas lacônicas, sem conteúdo), avolição (redução da motivação, falta de vontade e de iniciativa), anedonia (perda da habilidade em sentir prazer em atividades ou relacionamentos interpessoais) e isolamento social.

Assim, o quadro de esquizofrenia pode ser preenchido por dois ou mais sintomas, dos quais um deve ser positivo, se presentes num período de trinta dias.

Nesse sentido, a tabela abaixo contém, de forma simplificada, alguns dos principais sintomas e sinais da esquizofrenia ao longo do desenvolvimento humano.

Tabela 2: Sinais e sintomas da esquizofrenia ao longo do desenvolvimento humano.

INFÂNCIA	ADOLESCÊNCIA	ADULTO
<p>Alucinações;</p> <p>Delírios;</p> <p>Pensamento desorganizado;</p> <p>Dificuldades no aprendizado;</p> <p>Atraso na linguagem;</p> <p>Rastreamento tardio ou invulgar;</p> <p>Caminhada tardia;</p> <p>Pouca vontade de estudar ou interagir com os outros;</p> <p>Comportamento motor desorganizado ou anormal;</p> <p>Desinteresse em atividades cotidianas.</p>	<p>Alucinações;</p> <p>Delírios;</p> <p>Isolamento social;</p> <p>Queda no desempenho acadêmico/escolar;</p> <p>Insônia;</p> <p>Irritabilidade e oscilações de humor;</p> <p>Falta de motivação;</p> <p>Desinteresse em atividades cotidianas;</p> <p>Comportamento violento/agressivo;</p> <p>Mudança de humor repentina;</p> <p>Dificuldade de concentração;</p>	<p>Alucinações;</p> <p>Delírios;</p> <p>Pensamentos desordenados (modos de pensar incomuns ou disfuncionais);</p> <p>Distúrbios do movimento (movimentos do corpo agitado);</p> <p>Deterioração do desempenho acadêmico ou profissional;</p> <p>Aumento da retirada de situações sociais e isolamento;</p> <p>Insônia e dificuldade de concentração;</p> <p>Posicionamento corporal estranho;</p> <p>Uma sensação constante de ser observado;</p> <p>Modo peculiar ou sem sentido de falar ou escrever;</p> <p>Comportamento violento/agressivo ou agitação;</p>

	Discurso incompreensível ou incoerente; Apatia; Dificuldade em sentir/expressar emoções.	Tentativas de suicídio e/ou autoferimento.
--	--	---

Fonte: Autoria Própria.

A esquizofrenia apresenta quadros de evolução no decorrer do tempo. Nesse sentido, um fato que vem sendo constatado nos estudos sobre esquizofrenia é que os processos cognitivos apresentam alterações antes do início do transtorno. (CANNON ET AL., 2002; HALLAK; CHAVES; ZUARDI, 2011). Esses processos cognitivos são caracterizados pelo conjunto de capacidades que habilitam os seres humanos a desempenhar uma série de atividades no âmbito pessoal, social e ocupacional" (MONTEIRO; LOUZÃ, 2007, p. 180).

Nesse sentido, atualmente estudos acerca das funções cognitivas na esquizofrenia ganharam força. Pesquisas sugerem que prejuízos nesses âmbitos indicariam um núcleo constitucional para a esquizofrenia, uma vez que essas alterações não sofrem influência direta de medicações e podem apresentar-se, também, na família do paciente (CANNON ET AL., 2002; FERREIRA JUNIOR ET AL., 2010; FULLER ET AL., 2002; HEINRICHS, 2005; MORTIMER, 2005; SALGADO, 2008). Como tais funções são responsáveis por monitorar as atividades cotidianas do indivíduo, interferem no funcionamento global e prejudicam sua qualidade de vida. Nesse processo, fomenta a importância e o incentivo ao acompanhamento psicoterapêutico além do tratamento psicofármaco, gerando ao paciente a possibilidade de aumentar a qualidade de vida apesar da presença da esquizofrenia.

Em relação aos casos com tratamento psicofármaco de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia com risco de suicídio por exemplo, é imprescindível o uso de clozapina, sendo este o mais comum nesse tratamento. Alguns casos de depressão pós-esquizofrênica também podem ser encontrados. Esse termo diz Revista Transformar Jan/Jun 2021. Vol 15. N. 1 E-ISSN: 2175-8255

respeito a um subtipo de esquizofrenia peculiar, o qual classifica casos em que um episódio depressivo eventualmente prolongado ocorre ao fim de uma afecção esquizofrênica. Todavia, apesar de alguns sintomas esquizofrênicos positivos ou negativos estarem presentes, eles não dominam mais o quadro clínico. Esse tipo de estado depressivo se acompanha de um alto risco de suicídio e requer maior atenção e acompanhamento psicológico.

O diagnóstico é modificado quando o paciente não apresenta mais sintomas significativos esquizofrênicos, nesta instância é necessário observar as possibilidades do episódio depressivo. Contudo, se os sintomas esquizofrênicos ainda são aparentes e proeminentes, deve-se manter o diagnóstico da forma clínica apropriada. Essa condição caracteriza um transtorno pouco frequente (inexistem dados acurados de sua prevalência), com características diagnósticas distintas em relação aos outros subtipos de esquizofrenia, além das características de tratamento diferentes (com indicação de uso de antidepressivos e de antipsicóticos).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o presente trabalho, foi possível entender que a esquizofrenia é um transtorno mental crônico caracterizado pela dificuldade em distinguir o imaginário da realidade. Inicialmente denominada por Kraepelin como Demência Precoce e, futuramente, trazida por Bleuler como Esquizofrenia. Não obstante, a definição e os critérios para diagnóstico do transtorno passou por diversos processos no decorrer da história. Nesse percurso, puderam-se avaliar tais transformações prescritas nas últimas três edições da Classificação Internacional de Doenças (CID-9, CID-10, CID-11) juntamente ao Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III, DSM-IV, DSM V).

Além disso, observou-se que os sintomas da Esquizofrenia são amplos, característicos e podem apresentar variações ao longo do desenvolvimento humano. Nesse sentido, as alterações cognitivas seletivas mais proeminentes no transtorno incluem déficits em atenção, memória e resolução de problemas. Dessa forma, podem

ser encontrados nas três fases da vida, ou seja, na infância, adolescência e fase adulta.

Em suma, os estudos realizados até o momento, sugerem que a Terapia Cognitivo-Comportamental se mostra cada vez mais importante no manejo de sintomas psicóticos, através das suas técnicas e manejos psicoterapêuticos. A TCC trabalha no entendimento das emoções do paciente e preocupa-se em reestruturar as suas crenças disfuncionais, melhorando assim a sua qualidade de vida, podendo conviver com o transtorno de uma maneira amena, provocando a redução dos prejuízos em sua vida social e nos relacionamentos interpessoais.

REFERÊNCIAS

PIMENTA, Tatiana. **Esquizofrenia: conheço os tipos, sintomas e tratamentos**. Disponível em: <www.vittude.com>. Acesso em: 2 jun. 2021.

QUEVEDO, J. NARDI, A. SILVA, A. **Esquizofrenia: teoria e clínica**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2020.

ELKIS, Helio. **A evolução do conceito de esquizofrenia neste século**. Disponível em: <www.scielo.com.br> . Acesso em 2 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-11 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 11 ed. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.2.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

ALFORD, A.; BECK, T. **O Poder Integrador da Terapia Cognitiva**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

CABALLO, Vicente. **Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos**. São Paulo: Santos, 2003.

PULL, C. **Diagnóstico da esquizofrenia: uma revisão**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FILHO, H.; FILHO, G. **Manual de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

Beck, A. T. (1952). **Successful out-patient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt**. *Psychiatry*, 25, 305-312.

Zubin, J., Spring, B. **Vulnerability & A new view of schizophrenia**. *Journal of Abnormal Psychology*, 1977.

Keefe, R. S. E., Eesley, C. E., **Fundamentos da Esquizofrenia**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Nuechterlein, K. H., Barch, D. M., Gold, J. M., Goldberg, T. E., Green, M. F., & Heaton, R. K. **Identification of separable cognitive factors in schizophrenia**. Schizophrenia research, 2004.

SADOCK, B.G.; SADOCK V.A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA – APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V**. 5.ed. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CHAVES, A.C. **Diferenças entre os sexos na esquizofrenia**. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, 2000.

CZEPIELEWSKI, L.S. **Trajetórias de transtornos mentais graves: contribuições da pesquisa em esquizofrenia**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina: Programa de pós-graduação em psiquiatria e ciências do comportamento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2016.

MARI, J.J.; LEITÃO, R.J. **A epidemiologia da esquizofrenia**. Rev. Bras. Psiquiatria, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 4 jun. 2021.

VALENÇA, A.; NARDI, A.E.M. **Esquizofrenia: teoria e clínica**. Porto alegre: Artmed, 2015.

WRIGHT, J.H. et al. **Terapia cognitivo-comportamental para doenças mentais graves**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BARRETO, E.M.P; ELKIS, H. **Evidências de eficácia da terapia cognitiva comportamental na esquizofrenia**. Rev. Psiq. Clín. 2007. Disponível em: < www.scielo.com.br >. Acesso em: 22 jun. 2021.

NÓBREGA, Adonis. **Depressão na Adolescência**. 2019. Disponível em: <<https://adonisnobrega.com/depressao-na-adolescencia>> Acesso em: 8 jun. 2021.

SILVA, Regina. C. **Esquizofrenia: uma revisão**. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.com.br>> Acesso em: 8 jun. 2021.

INASP: Instituto Nacional de Saúde Psíquica. **Esquizofrenia**. 2016. Disponível em: <<https://oscipinasp.org/esquizofrenia/>> Acesso em: 15 mai. 2021.

CANNON, M. et. al. **Evidence for early-childhood, pan-developmental impairment specific to schizophreniform disorder: results from a longitudinal birth cohort**. Archives of General Psychiatry, 2002.

MONTEIRO, L. de C., LOUZÃ, M. R. **Alterações cognitivas na esquizofrenia: consequências funcionais e abordagens terapêuticas**. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2007.

SALGADO, J. V.. **Neuropsicologia da Esquizofrenia**. In D. Fuentes, L. F. Malloy-Diniz, C. H. P. Camargo, & R. M. Cosenza (Orgs.), **Neuropsicologia: Teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2018.

FULLER, R., NOPOULOS, P., ARNDT, S., O'Leary, D., Ho, B.-C., & Andreasen, N. C. **Longitudinal assessment of premorbid cognitive functioning in patients with**

schizophrenia through examination of standardized scholastic test performance. American Journal of Psychiatry, 2002.

FERREIRA JUNIOR, B. d. C., BARBOSA, M. d. A., BARBOSA, I. G., ROCHA F. L. **Alterações cognitivas na esquizofrenia: atualização.** *Rev Psiquiatria Rio Grande do Sul*, 2010.

HALLAK, J. E. C., CHAVES, C., ZUARDI, A. W. **Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos: uma abordagem translacional.** 3. ed. 2011. Porto Alegre: Artmed.

ANDRESSEN, N; BLACK, D. **Introdução à psiquiatria.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

GOLDSTEIN, JM. **The impact of gender in understanding the epidemiology of schizophrenia.** Washington (DC): American Psychiatry Press; 1995.

Organização Mundial de Saúde. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Critérios diagnósticos para pesquisa.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

POLONIO, Luisa. **Saúde Mental: qual a diferença entre transtorno, doença, distúrbio e síndrome?** 2020. Disponível em: <www.canaltech.com.br> Acesso em: 22 de jun. 2021.