

ESQUIZOFRENIA: DEFINIÇÕES, SINTOMATOLOGIA E A IMPORTÂNCIA DA PSICOLOGIA NO TRATAMENTO.

Ariane T. Barbosa¹; Beatriz M. Guerreiro²; Thamires R. Ferre³; Isabela A. Oliveira⁴; Luis Alberto Domingo Francia Farje⁵

¹Aluna de Psicologia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – arianediz@gmail.com;

²Aluna de Psicologia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – biamg Guerreiro@hotmail.com;

³Aluna de Psicologia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – thamirferre@gmail.com;

⁴Aluna de Psicologia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – isabelaaraujooliveira@hotmail.com;

⁵Professor do curso de Psicologia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB e Professor do curso de Radiologia – Faculdade de Tecnologia de Botucatu – FATEC Botucatu. luis.farje@fatec.sp.gov.br

6

RESUMO

A esquizofrenia afeta cerca de 23 milhões de pessoas do mundo, e atualmente o conceito de esquizofrenia contém amplas características, como disfunções cognitivas, emocionais e comportamentais, mesmo que não sejam sintomas patognomônicos do transtorno (DSM V, 2014). A causalidade da esquizofrenia é desconhecida, mas o modelo mais aceito é o da “vulnerabilidade versus estresse” que estabelece a possibilidade de suceder um transtorno através da intensidade dos fatores externos e da vulnerabilidade de tolerância individual em variações ambientais, desenvolvimento e aprendizagem, e fatores genéticos e neurológicos. Devido à possibilidade do transtorno se desencadear através de fatores sociais e ambientais, é necessário ressaltar a perspectiva da promoção da saúde mental a partir do olhar sobre o homem em sua integralidade como ser biopsicossocial. Portanto, a presença da psicologia na prevenção e intervenção de doenças mentais é indispensável. Através do atendimento psicológico o paciente pode obter conhecimento sobre si, ter uma reinserção no ambiente familiar e social, e readquirir sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Esquizofrenia. Psicologia. Psicossocial.

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos esquizofrênicos afetam cerca de 23 milhões de pessoas do mundo (OPAS, 2018). São definidos como graves distúrbios mentais que não apresentam sintomas patognomônicos. Tem como características alterações da percepção e dos pensamentos, inadequação do afeto e a possibilidade de agravos cognitivos no decorrer do tempo sem prejuízo intelectual (Portaria SAS/MS nº 364, de 9 de abril de 2013.). O DSM-V define a esquizofrenia como uma síndrome clínica heterogênea, ou seja, grande parte das características citadas acima possuem variações significativas e rápidas.

A partir da conceituação da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) os transtornos esquizofrênicos podem atuar de maneira contínua, episódica com ocorrência progressiva ou estável, ou com vários episódios seguidos ou não de uma remissão completa. Com isso, identifica-se as seguintes divisões da esquizofrenia: F20.0 Esquizofrenia paranoide; F20.1 Esquizofrenia

hebefrênica; F20.2 Esquizofrenia catatônica; F20.3 Esquizofrenia indiferenciada; F20.4 Depressão pós-esquizofrênica; F20.5 Esquizofrenia residual; F20.6 Esquizofrenia simples e F20.8 Outras esquizofrenias.

De acordo com Lopes e Buriola (2015), a prevalência da esquizofrenia consiste em 0,9-11 a cada mil habitantes e a incidência da patologia varia entre 0,1 a 0,7 novos casos a cada mil habitantes. Segundo o mesmo estudo, na fase inicial da adolescência a relação do início do transtorno é de 2:1 entre homem e mulher. Geralmente, a manifestação dos sintomas no sexo masculino ocorre entre 18 a 25 anos e, no sexo feminino de 25 a 35 anos.

Não há conhecimento sobre a causalidade da esquizofrenia, entretanto, o modelo mais aceito é o da “vulnerabilidade versus estresse”. Esse conceito estabelece que a possibilidade de suceder um transtorno depende da intensidade dos fatores externos e da vulnerabilidade de tolerância individual, que acompanha as variações ambientais, de desenvolvimento e aprendizagem, e fatores genéticos e neurológicos (DIAS; SILVA, 2015). De acordo com Dias e Silva, a vulnerabilidade pode ser dividida em: adquirida, que se refere às experiências anteriores do indivíduo e, inata, que é encontrada nos genes e interfere no ambiente interno do organismo.

A partir disso, é possível encontrar as variações ambientais frente as necessidades básicas do indivíduo, ou seja, a violência urbana, o sistema educacional e a constante desumanização proposta pela sociedade são indícios de condições cabíveis na manifestação da esquizofrenia. Devido à possibilidade de o transtorno se desencadear através de fatores sociais e ambientais, é necessário ressaltar a perspectiva da promoção da saúde mental a partir do olhar sobre o homem em sua integralidade, como ser biológico, sociológico e psicológico. Ao visar o bem-estar físico, social e mental, é crucial elaborar ações para minimizar a exposição do indivíduo a fatores estressantes (BOCK et al., 2018).

Portanto, por meio dessa revisão bibliográfica busca-se explicar a definição do transtorno, sua história, sintomatologia e a importância da psicologia na prevenção e intervenção de doenças mentais é indispensável, principalmente através do atendimento psicológico, onde o paciente pode obter conhecimento sobre si, ter uma reinserção no ambiente familiar e social e readquirir sua qualidade de vida (ZANINI, 2000).

2 DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO

No início do século XIX, os autores Philippe Pinel (1745-1826) e John Haslam (1764–1844) fizeram as primeiras descrições da esquizofrenia através de relatos de indivíduos portadores do transtorno. Entretanto, há evidências de que a esquizofrenia esteve presente em diferentes períodos históricos (HALES et al., 2012). O psiquiatra francês Benedict A. Morel (1809-1873), em 1860, trouxe o termo *démense précoce* para definir os pacientes prejudicados com a doença desde a adolescência. Após algum tempo, Emil Kraepelin (1856-1926) traduz o termo para o latim como *dementia precox*, no qual realçava um processo cognitivo distintivo característico do transtorno (KAPLAN, SADOCK, 2016).

Em 1911, um psiquiatra suíço Eugen Bleuler (1857-1939), substituiu o termo *dementia precox* pelo conceito de esquizofrenia, da qual possui raízes gregas *schizo* (dividida) e *phrene* (mente), pois houve compreensão de que a doença não era exclusiva dos jovens, notando assim o início tardio e curso estável da patologia em alguns pacientes (AMARAL, 2014). Bleuler teve influência de Wundt, Freud e Jung para enfatizar os aspectos psicológicos do transtorno (HALES et al., 2012). O psiquiatra suíço hierarquizou alguns sintomas dos quais acreditava serem fundamentais conhecido como os 6 As, são eles: o transtorno da associação do pensamento, ambivalência, autismo, embotamento afetivo, transtorno da atenção e avaliação (RANGÉ et al, 2011).

2.1 O transtorno

Kurt Schneider (1887-1967), pesquisador europeu, se importava com a subjetividade do paciente portador do transtorno (HALES et al., 2012). Moldou as noções modernas da esquizofrenia delineando um conjunto de sintomas de primeira ordem, da qual acreditava ser específico do transtorno, sendo eles: percepção delirante, alucinações auditivas características, eco do pensamento ou sonorização do pensamento, difusão do pensamento, roubo do pensamento e vivências de influência na esfera corporal ou ideativa. (DALGALARRONDO, 2019). Schneider foi responsável por uma das primeiras tentativas de estabelecer padrões de diagnóstico da esquizofrenia. Seus critérios foram agregados no DSM-III com sintomas encontrados por outros autores (HALES et al., 2012).

Contudo, segundo o DSM-III publicado em 1980, as perturbações mentais são reconhecidas por sintomas psicóticos característicos pelo menos durante uma semana, funcionamento social abaixo dos níveis prévios durante a alteração, ausência de

perturbação notável do humor (depressão ou exaltação); sinais contínuos da alteração pelo menos durante seis meses e nenhuma evidência de fatores orgânicos como drogas.

O DSM-IV expandido em 1995 caracteriza a doença como uma perturbação com duração de, no mínimo, 6 meses, podendo ser diagnosticada a partir de um dos sintomas característicos psicóticos com um mês de duração. Foi introduzido oficialmente a definição dos sintomas negativos dentro de seus critérios de identificação da doença. Atualmente, o DSM-V mantém essa configuração de conceito de diagnóstico.

O transtorno esquizofrênico trata-se de um conjunto de sinais e sintomas no comportamento e nos processos mentais. Os sintomas podem ser divididos em positivos, negativos e desorganizados, onde o primeiro resulta na presença de processos mentais anormais, o segundo, a ausência da função mental normal e o terceiro, anormalidades linguísticas e comportamentais (HALES et al., 2012).

Abaixo se encontra um quadro que demonstra os Principais sintomas na esquizofrenia:

Tabela 1. Sintomas positivos e negativos da esquizofrenia

Positivos	Alucinações	Percepção de uma experiência sensorial real na ausência de uma fonte externa Mais comumente auditivas, mas podem ocorrer em todas as modalidades sensoriais Características frequentes das alucinações auditivas: Fonte externa Comentários sobre ações ou pensamentos do paciente Diálogo contínuo entre duas ou mais vozes
	Delírios	Crenças falsas fixas Tipos comuns: Paranoias Grandiosas Somáticas Ideias de referência
Negativos	Afeto	Expressão de emoções diminuída (p. ex., afeto embotado) Apatia ou falta de motivação
	Social	Retraimento Falta de interesse em contatos sociais
	Cognitivos	Alogia/pobreza de fala
Desorganizados	Fala	Transtorno do pensamento formal (p.ex., tangencialidade)
	Comportamento	Movimentos ou sequência de ações sem objetivo

Fonte: Hales et al., 2012

Além dos sintomas apresentados no quadro, considera-se mais dois grupos de aspectos clínicos importantes para a doença, sendo eles os déficits cognitivos, representados pelo prejuízo na função cognitiva nas atividades superiores que incluem atenção, memórias e compreensão, e os sinais neurológicos sutis, como altas taxas de disfunções motoras (Hales et al., 2012).

As circunstâncias biológicas, chamadas também de vulnerabilidade inata, incluem áreas como genética e neurofisiologia. Uma ampla gama de estudos genéticos afirmam que a maior probabilidade de se desenvolver a esquizofrenia está associada ao maior grau de parentesco com um outro indivíduo portador da patologia (FILHO; SAMATA, 2000).

Já os pesquisadores da neurofisiologia trazem a hipótese de que a esquizofrenia tem grande relação com as alterações no sistema límbico e nos gânglios basais. Uma vez que, o sistema límbico tem como principal papel o controle de emoções, implica diretamente na base fisiopatológica da doença. A partir de tal observação, após estudos, foi notado uma redução no tamanho da região que abrange a amígdala, hipocampo e o giro para-hipocampal de pacientes esquizofrênicos. Já os gânglios basais estão conectados diretamente com os lobos frontais, que sofrem alterações segundo estudos com imagens cerebrais (DIAS; SILVA, 2015).

As circunstâncias ambientais são as vulnerabilidades adquiridas, ou seja, as experiências, a aprendizagem, o desenvolvimento e os acontecimentos decorrentes do ambiente externo que o indivíduo está inserido. O componente ambiental pode ser biológico, como, por exemplo, uma infecção adquirida através do meio em que vive, ou psicológico, ao qual se refere a fatores e/ou acontecimentos estressores que podem despertar perturbações, como luto, convívio familiar estressante ou eventos traumáticos (DIAS; SILVA, 2015).

Sendo a esquizofrenia uma doença em um órgão, no caso o cérebro, ela pode ser equiparada a outras doenças como infarto do miocárdio e a diabetes que também podem ser afetadas pelo estresse psicossocial (ARANHA, 2004).

2.2 Tratamento e acompanhamento psicológico

Vários autores com objetivos em comum descreveram um tipo de atendimento adequado para pessoas portadoras do transtorno de esquizofrenia. Deste modo, oferecer continência e suporte; oferecer informações sobre a doença e modos de lidar com ela; restabelecer o contato com a realidade; integrar a experiência psicótica no contexto de vida do paciente; identificar fatores estressantes e instrumentalizar o paciente a lidar com eventos da vida; desenvolver maior capacidade de diferenciar, reconhecer e lidar com diferentes sensações e sentimentos; crescimento emocional associado à mudança nos padrões de comportamento; conquista de maior autonomia e independência; diminuição do isolamento, e observação dos pacientes, são vertentes participantes desse atendimento (ZANINI, 2000).

O acompanhamento, monitoramento da expressão do afeto da pessoa esquizofrênica e a ação do psicólogo, agregado ao tratamento farmacológico, é crucial no resultado do tratamento de indivíduos acometidos pelo transtorno, uma vez que os pacientes não possuem condições de lidar com níveis elevados de tensão. Para isso, é preciso que o profissional tenha respeito, empatia e compreensão durante as sessões, enquanto trabalha através de estímulos para promover a conversa de fácil entendimento (ZANINI, 2000).

A psicoterapia na esquizofrenia, vem com o intuito de ajudar o paciente durante o tratamento evitando assim a institucionalização do próprio. Alguns objetivos principais realizados por psicólogos no tratamento desses pacientes são: restaurar a capacidade de autocuidado e administração da vida, mantendo o máximo de autonomia do esquizofrênico para desenvolver seu ajuste pessoal, psicológico e social; reconhecer e diminuir a ameaça dos possíveis eventos causadores de futuras crises; estabelecer e preservar contato do paciente com a realidade; resgatar e favorecer a autoestima, autoimagem e autoconfiança à continuação do progresso; conscientizar o portador e sua família sobre a realidade de suas limitações e recursos e ajudar na descoberta e realização de potencial do indivíduo; aumentar defesas do paciente diante situações estressantes através de recursos obstruídos pela psicose e buscar alternativas para solução de problemas. (SHIRAKAWA, 2000).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A causa da esquizofrenia, ainda que desconhecida, continuamente provoca dúvidas nos diagnosticados e seus familiares. Atualmente é aceito o conceito de que o indivíduo é predisposto à manifestação da doença a partir de fatores externos influenciáveis. No tratamento, portanto, é imprescindível a atuação do psiquiatra combinado ao psicólogo, o qual busca desmitificar a doença e trazer o paciente à consciência de si e de sua condição, contribuindo para a melhora na funcionalidade de maneira saudável na sociedade.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Vanessa F. **ESQUIZOFRENIA: DA DEMENTIA PRAECOX ÀS CONSIDERAÇÕES CONTEMPORÂNEAS**. 2014. Disponível em: pepsic.bvsalud.org/pdf/v11n2/n2a04.pdf. Acesso em: 29 mar. 2019.

ARANHA, Maurício. **Etiologia das alucinações**. Ciências & Cognição. Vol 02, pag. 36-41, jul. 2004. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cc/v2/v2a04.pdf>>. Acesso em: 27 mai. de 2019

BOCK, Ana M. B.; FORTUNATO, Odair; TEIXEIRA, Maria de Lourdes. T. **Psicologias: Uma introdução ao estudo da Psicologia**. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – **CID 10**. Disponível em http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f20_f29.htm . Acesso em: 04 out. 2019.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DIAS, Carlos M.; SILVA, Carlos Fernandes. **Sobre a Vulnerabilidade**. Portugal, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160311>. Acesso em: 29 mar. 2019.

FILHO, Homero P. V.; SAMAIA, Helena. Esquizofrenia: aspectos genéticos e estudos de fatores de risco. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 22 s.1, mai 2000.

HALES, Robert E. et al. **Tratado de Psiquiatria Clínica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed. 2012.

KAPLAN, Harold; SADOCK, Benjamin). **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

LOPES, Wellington P.; BURIOLA, Aline. **ESQUIZOFRENIA: CONCEITO, EPIDEMIOLOGIA E PAPEL DA ENFERMAGEM NA ADESÃO AO TRATAMENTO**. *Colloquium Vitae*, Presidente Prudente, 19 a 22/out. 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2CLvoMT>. Acesso em: 29 mar. 2019.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS **DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria SAS/MS nº 364**. Brasil, 9 abr. 2013. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-esquizofrenia-livro-2013.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Folha informativa - Transtornos mentais**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839. Acesso em: 29 mar. 2019.

RANGÉ, Bernard. et al. **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um Diálogo com a Psiquiatria**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SHIRAKAWA, Ítiro. **Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia**. *Rev. Bras. Psiquiatria.*, São Paulo, 2000.

ZANINI, Márcia H. **Psicoterapia na esquizofrenia**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 22 s.1, mai 2000.