



Fundação Presidente Antônio Carlos - FUPAC
Graduação em Psicologia

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: ANÁLISE DE TÉCNICAS E
ADESÃO EM PSICOTERAPIA E TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NA
ESQUIZOFRENIA**

*Cognitive Behaviour Therapy: analysis of techniques and adherence in psychotherapy and
medicamental treatment in schizophrenia*

Davi Domingos Campos¹, Marília Barroso de Paula²

¹ Graduando do curso de graduação de Psicologia da Fundação Presidente Antônio Carlos-FUPAC

² Psicóloga pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora, Pós Graduada em Políticas Públicas e Gestão Social pela UFJF; Mestre em História e Filosofia da Psicologia pela UFJF.

RESUMO

A esquizofrenia é um distúrbio mental, o qual afeta gravemente a vida particular e social do sujeito, isso devido aos seus sintomas. Os pacientes, por sua vez, recebem tratamento medicamentoso com antipsicóticos associados à terapia cognitivo-comportamental, que trabalha na adesão ao tratamento e redução dos sintomas positivos, negativos e cognitivos. O presente artigo tem como objetivo expor algumas técnicas de terapia cognitivo-comportamental aplicada em pacientes com esquizofrenia, fornecendo a eles uma melhor compreensão e controle de suas experiências, reforçando e melhorando sua qualidade de vida e habilidades sociais.

Palavras chaves: esquizofrenia, terapia cognitivo-comportamental, tratamento, adesão.

ABSTRACT

Schizophrenia is a mental disturb which affect severely the particular and social life of subject, that's because of theirs symptoms. The patients, by the way, takes medicamental treatment with antipsychotics associated with cognitive behaviour therapy, which works in the adherence to treatment and reduction of the positive, negative and cognitive symptoms. This present article aims to expose some techniques of cognitive behaviour therapy applied in patients with schizophrenia, giving to them a better understanding and control of their experiences, reinforcing and improving theirs quality of life and social skills.

Keywords: schizophrenia, cognitive behaviour therapy, treatment, adherence.

1. INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é um transtorno caracterizado usualmente por distorções de características do pensamento e percepção, por afetos inapropriados ou embotados (Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, 1993). É descrita por sintomas negativos, positivos e cognitivos que acarretam alterações em quase todos os aspectos da atividade mental, abrangendo a memória, emoção, percepção e atenção. (Lieberman, Stroup & Perkins, 2013).

Como condição crônica, o paciente esquizofrênico necessita de tratamento medicamentoso de longa duração, e este ocorre, basicamente pelo emprego de antipsicóticos. É evidente que tais medicações podem ser eficazes para o controle deste transtorno. A função destas drogas é atenuar os sintomas, promovendo melhor adaptação psicossocial do paciente e de seu bem-estar subjetivo (Nicolino *et al.*, 2011).

Para Nicolino *et al.* (2011), o sucesso da terapia medicamentosa acaba sendo prejudicado porque diversos pacientes não aderem ao tratamento. A não adesão à administração de antipsicóticos está vinculada a um pior prognóstico, maior probabilidade de recaídas e internações.

Mesmo assim, apesar da terapia medicamentosa, observa-se a existência de sintomas suficientes que geram prejuízos significativos nos âmbitos social, familiar e profissional. Por mais que a farmacologia tenha avançado nas últimas décadas, ainda representa um grande desafio alcançar a remissão completa desses pacientes (Barreto & Elkis, 2007).

Estudos indicam que a efetividade do tratamento medicamentoso pode ser aprimorada através de intervenções psicossociais, como terapias familiares ou terapia cognitivo-comportamental (TCC), contribuindo na redução dos índices de recaídas, alucinações e delírios, além de contribuir também com o funcionamento global do paciente. (Barreto & Elkis, 2007; Rodrigues, Kraus-Silva & Martins, 2008).

O objetivo da TCC é ofertar aos pacientes uma melhor compreensão e controle de suas experiências para reduzir seu sofrimento e aumentar sua funcionalidade. Esta terapia auxilia os indivíduos a compreender os fatores causadores de suas dificuldades, revisando e testando crenças disfuncionais, e implementando técnicas de enfrentamento (Freeman *et al.*, 2013). Pesquisas acerca do tratamento com TCC apontaram à diminuição da gravidade de delírios, alucinações, sintomas positivos, sintomas negativos, sintomas gerais e melhora no funcionamento social (Jones *et al.*, 2012; Lieberman, Stroup & Perkins, 2013).

Atualmente ainda se faz necessário a aplicação e desenvolvimento de novas técnicas terapêuticas que instruem e educam família e paciente esquizofrênico quanto à importância do uso correto da medicação e dos condicionamentos e estratégias de inserção social para o paciente, favorecendo sua integração e interação no meio de maneira adaptativa e construtiva. Com isso, o presente artigo apresentará uma revisão bibliográfica sobre técnicas cognitivo-comportamentais aplicadas, as quais reforçam a adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes esquizofrênicos. Auxiliando, também, na diminuição de recaídas e na adaptação e convívio social.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 A Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma das doenças psiquiátricas mais intrigantes e graves que acomete aproximadamente 1% da população mundial (Nicolino *et al.*, 2011; Rahmoune *et al.*, 2012; Rodrigues, Krauss-Silva & Martins, 2008; Schmitt *et al.*, 2013).

Esta doença tem como traço central diversas características comportamentais, motoras, senso-perceptivas, afetivas e cognitivas anormais (Costa & Calais, 2010; Schmitt *et al.*, 2013). Em sua maioria, os indivíduos afetados são incapazes de manter uma vida profissional autossustentável, tendo sua expectativa de vida encurtada em uma média de 10 anos (Schmitt *et al.*, 2013). Juntamente com frequentes hospitalizações (recaídas, recorrência de sintomas), a progressiva piora neurocognitiva, como também dos sintomas psicóticos, alucinações e delírios, pode impactar profundamente a vida afetiva, social e produtiva (capacidade de trabalho e de relações interpessoais) daqueles afligidos e de suas famílias. (Costa & Calais, 2010; Rodrigues, Krauss-Silva & Martins, 2008; Schmitt *et al.*, 2013). Tal condição pode ser entendida quando observado que os pacientes apresentam menor variabilidade do comportamento diante das mudanças em situações sociais (Costa & Calais, 2010).

Historicamente, Emil Kraepelin, na primeira sistematização conceitual e descrição da esquizofrenia, em 1896, descreveu diversos sintomas cognitivos relacionados à Demência Precoce (alucinação, distúrbios da atenção, da compreensão, do fluxo e associação do pensamento e alterações do julgamento, esvaziamento afetivo e sintomas catatônicos) como também o seu desenvolvimento para a degradação cognitiva e da personalidade. Eugen

Bleuler, em 1911, considerou a avolição¹ como uma característica central da doença, quando surge o termo “esquizofrenia”, substituindo o termo “demência precoce”, indicando uma distinção entre pensamento, emoção e comportamento (Costa & Calais, 2010; Ferreira *et al.*, 2010).

A maioria dos sintomas analisados na Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS, Escala de Avaliação de Sintomas Positivos) e na Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS, Escala de Avaliação de Sintomas Negativos) propôs um agrupamento dos sintomas de esquizofrenia em três grupos de sintomas: 1) sintomas positivos ou psicóticos (alucinações, delírios, sintomas catatônicos), 2) sintomas negativos (anedonia, avolição, discurso pobre, embotamento afetivo) e 3) sintomas de desorganização (discurso desorganizado, afeto inadequado, comportamento excêntrico). As duas escalas anteriores resultaram na Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS, Escala da Síndrome Positiva e Negativa), a qual propõe um modelo de esquizofrenia em cinco dimensões, consistindo de uma positiva (delírios, comportamento alucinatório, grandiosidade, pensamento de conteúdo incomum, desconfiança/perseguição), uma negativa (embotamento afetivo, isolamento emocional, dificuldades de relacionamento, afastamento social passivo/apático, falta de espontaneidade, evitação ativa de contatos sociais), uma de excitação (excitação, hostilidade, não cooperação, mau controle dos impulsos, uma dimensão cognitiva (desorganização conceitual, dificuldades com o pensamento abstrato, desorientação, falta de atenção, preocupação) e uma de depressão/ansiedade (ansiedade, sentimentos de culpa, tensão, depressão) (Costa & Calais, 2010; Lieberman, Stroup & Perkins, 2013).

Houve, ainda, uma divisão da conceituação dos sintomas negativos, divididos em primários e secundários, sendo os primários considerados expressões dos aspectos avolicionais da esquizofrenia, os quais oscilam menos durante o curso da doença e são menos suscetíveis às alterações conjunturais, raramente extinguindo-se; os secundários são reversíveis e geralmente ocasionados pelos efeitos de drogas, depressão ou ausência de estimulação (Lieberman, Stroup & Perkins, 2013).

Apesar de consideráveis conquistas na ciência e na medicina, a etiologia da doença permanece longe de ser compreendida. A heterogeneidade durante o início e a evolução da esquizofrenia é um fator principal, dificultando o progresso científico sobre o transtorno. Há de se observar que a sobreposição de sintomas com outras desordens psiquiátricas e

¹ avolição aparece como uma falta distinta de energia, movimento ou interesse em iniciar atividades e falta de persistência na busca de atividade como de interações sociais. Um indivíduo com avolição mostra uma falta de motivação na conclusão de tarefas e falta de iniciativa ou de metas (Lieberman, Stroup & Perkins, 2013)

neuroológicas mostra-se como fator complicador, mantendo-se nebulosa a concepção de que as diferentes manifestações refletem subtipos com diferentes etiologias ou diversas síndromes clínicas podem possuir patologias que se sobrepõem. Na ausência de marcadores neurobiológicos consistentes para esquizofrenia, o diagnóstico ainda necessita da presença de um conjunto de sinais e sintomas em avaliações subjetivas. A identificação da fisiopatologia, associada com parâmetros biológicos utilizados para diagnosticar de maneira precisa ou avaliar o curso e tratamento, continua sendo um desafio. Destarte, atualmente há grande esforço para identificar formas mais empíricas, fundamentadas em impressões digitais moleculares que corroborem a etiologia da doença (Rahmoune et al., 2012; Schmitt *et al.*, 2013).

Há de se considerar também uma contribuição genética para a esquizofrenia, com estimativas de herdabilidade oscilando de 30% a 85%. Pesquisas apontam que diversos fatores genéticos, endógenos e ambientais estejam ligados, podendo haver interação para o surgimento de manifestações específicas da doença. A interação exata entre a vulnerabilidade genética para o desenvolvimento da esquizofrenia e os fatores ambientais ainda é uma incógnita. Contudo, análises de ligação e associação têm sido conduzidas com escopo de identificar genes de suscetibilidade propensos para a esquizofrenia. (Rahmoune *et al.*, 2013).

Lieberman, Stroup e Perkins (2013), utilizando-se de suas pesquisas em diversos autores e ao Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR, 2003) e CID-10 (1993), especificam cinco subtipos de esquizofrenia, conforme caracterizado pelo sistema diagnóstico específico. Estes são considerados os subtipos mais dominantes em pacientes com esquizofrenia, que incluem a esquizofrenia paranoide, desorganizada (hebefrênica), catatônica, indiferenciada e residual.

A esquizofrenia paranoide é fortemente marcada por delírios de perseguição e/ou grandeza e alucinações auditivas frequentes. De maneira ampla, não inclui o grau de desorganização do discurso e do comportamento, observado nos demais subtipos. Os indivíduos apresentam-se tensos, desconfiados, conservando-se em posição de defesa. As características associadas abrangem ansiedade, raiva, indiferença e tendência a discussão (brigas). O início deste transtorno muitas vezes é tardio em comparação aos diversos subtipos de esquizofrenia; observa-se pouco ou nenhum comprometimento nas funções neurocognitivas (Lieberman, Stroup & Perkins, 2013). O DSM-IV-TR (2003) considera uma preocupação maior com um ou mais dos sintomas paranoides (que podem ser sistematizados) ou alucinações auditivas frequentes. Somando a isso, nenhum dos sintomas a seguir é proeminente: discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou afeto

embotado/inadequado. (Ferreira, 2010; Lieberman, Stroup & Perkins, 2013). O CID-10 (1993) a caracteriza basicamente pela presença de ideias delirantes com estabilidade relativa, freqüentemente de perseguição, geralmente acompanhadas de alucinações, particularmente auditivas e de perturbações das percepções. As perturbações aludidas ao afeto, vontade, linguagem e sintomas catatônicos, estão ausentes, ou são relativamente discretos.

Ferreira *et al.* (2010) vêm especificar a esquizofrenia hebefrênica ou desorganizada, através do afeto inadequado, discurso desorganizado e comportamento mal adaptado. Sendo que o comportamento desorganizado (hebefrênico) pode levar a interferência significativa nas atividades da vida diária. O estudo de Soares, Gonçalves e Werner (2011) vem apontar que quando a esquizofrenia tem início na infância, em via de regra se refere ao desenvolvimento de alucinações, delírios, e desorganização da linguagem em crianças e adolescentes abaixo de 15 anos de idade. Sendo, portanto, um transtorno incomum, e seu início na pré-adolescência é extremamente raro. Esta é uma forma de esquizofrenia que se distingue pela presença proeminente de uma perturbação dos afetos; as ideias delirantes e as alucinações são fugazes e fragmentárias, apresentando comportamento irresponsável e imprevisível; são observados freqüentemente maneirismos. O afeto é superficial e inapropriado. O discurso é incoerente e o pensamento desorganizado. Existe uma tendência ao isolamento social. O prognóstico geralmente é desfavorável dado ao rápido desenvolvimento de sintomas negativos, particularmente o embotamento afetivo e avolição (CID-10, 1993). Quando aparece na infância, a esquizofrenia é um quadro grave, com mau prognóstico, na maioria dos casos. Por ocorrer numa personalidade que ainda não está completamente desenvolvida, bloqueia o processo do desenvolvimento dessa personalidade. Assim, considera-se que sua gravidade é menor quanto mais velha encontra-se a criança, pelas defesas que já têm estruturadas (Soares, Gonçalves e Werner, 2011).

Já a esquizofrenia indiferenciada engloba uma combinação de sintomas de outros subtipos. Para tal, os indivíduos não devem manifestar sintomas de catatonia ou esquizofrenia paranoide e desorganizada (Lieberman, Stroup & Perkins, 2013). Devem atender ao Critério A do DSM-IV-TR (2003), que considera para o diagnóstico a prevalência de dois ou mais sintomas por um período significativo de tempo pelo período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso). Sendo estes sintomas: delírios; alucinações; discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico, sintomas negativos (embotamento afetivo, alogia ou avolição). Todavia, apenas um sintoma do Critério A é necessário caso os delírios sejam bizarros ou as alucinações consistam de vozes que comentam o comportamento ou os pensamentos da pessoa, ou duas ou mais vozes conversando entre si.

Para o CID-10 (1993), o diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada advém de afecções psicóticas que corroborem com os critérios diagnósticos gerais para a esquizofrenia, mas que não correspondam a nenhum dos subtipos incluídos em F20.0 - F20.2 (esquizofrenia paranoide, hebefrênica e catatônica) ou que exibam padrões de mais de um deles sem uma clara predominância de um conjunto particular de características diagnósticas.

A esquizofrenia residual é considerada um estado no qual o indivíduo não manifesta, no momento, delírios graves, alucinações, discurso desorganizado. E, no entanto, não tem motivação e interesse no dia a dia (Lieberman, Stroup & Perkins, 2013). É incluído a ausência de delírios proeminentes, alucinações, discurso desorganizado e comportamento amplamente desorganizado ou catatônico. Também sendo especificado a existência de sintomas negativos ou dois ou mais dos sintomas especificados no critério A, encontrados em uma forma acentuada (DSM-IV-TR, 2003). É uma etapa crônica da evolução de uma doença esquizofrênica, com uma progressão nítida de um estágio precoce para um estágio tardio, caracterizado pela manifestação persistente de sintomas negativos, embora não forçosamente irreversíveis, tais como lentidão psicomotora; hipoatividade; embotamento afetivo; passividade e falta de iniciativa; pobreza da quantidade e do conteúdo do discurso; pouca comunicação não verbal (expressão facial, contato ocular, modulação da voz e gestos), falta de cuidados pessoais e desempenho social medíocre (CID-10, 1993).

Lieberman, Stroup e Perkins (2013) conceituam a esquizofrenia catatônica, como principalmente assinalada por distúrbios motores envolvendo desde imobilidade até atividade excessiva sem sentido. Dominada por sintomas psicomotores. O diagnóstico diferencial inclui doença cerebral, instabilidade metabólica, abuso de substância ou transtornos do humor, como transtorno bipolar. O DSM-IV-TR (2003) acrescenta dois ou mais distúrbios, e a CID-10 (1993) aponta ao menos um dos seguintes comportamentos: estupor (sensibilidade com redução acentuada ou ausente) ou mutismo, excitação não influenciada por estímulos externos, posturas bizarras, resistência ausentes de sentido a instruções ou tentativas de ser movido, rigidez, flexibilidade cérea e ecolalia ou ecopraxia.

2.2 Tratamento medicamentoso e adesão ao tratamento

Nicolino *et al.* (2011) sustenta a necessidade de tratamento medicamentoso de longa duração para o paciente esquizofrênico por meio de antipsicóticos. Restou comprovado de que os mesmos podem ser eficazes para o controle dos sintomas da esquizofrenia. O objetivo dos antipsicóticos é a atenuação dos sintomas, contribuindo para melhor adaptação psicossocial e bem-estar subjetivo do paciente.

O emprego de fármacos antipsicóticos é para a melhora dos sintomas psicóticos, como delírio, alucinação e discurso/comportamento desorganizados. Tais medicamentos amenizam a intensidade dos sintomas, os agravamentos da doença e o risco de recaída. Os sintomas positivos e os negativos melhoram neste tratamento, no entanto, os positivos reagem em um grau maior e mais consistente do que os negativos. Fármacos antipsicóticos mais antigos, também conhecidos como de primeira geração, desenvolvidos antes da clozapina bloqueiam a dopamina e apresentam efeitos colaterais que costumam variar de acordo com sua potência. Os de alta potência têm uma interação mais forte com receptores de dopamina do que os de baixa. Deste modo, dosagens menores de fármacos de alta potência e doses mais elevadas dos de baixa potência têm o mesmo resultado. Os antipsicóticos de segunda geração bloqueiam os receptores pós-sinápticos de dopamina. São características comuns em suas ações o antagonismo dos receptores centrais de serotonina e, possivelmente, a ligação relativamente flexível com os receptores de dopamina. As múltiplas reações dos antipsicóticos nos receptores de dopamina e outros sistemas de neurotransmissores identificam suas ações farmacológicas e efeitos colaterais (Lieberman, Stroup & Perkins, 2013).

Estes efeitos colaterais variam, de acordo com Lieberman, Stroup e Perkins (2013), entre os sintomas extrapiramidais como acatisia, parkinsonismo, distonias, discinesia e os efeitos metabólicos como ganho de peso, diabetes, dislipidemia e prolactina.

Ainda para Lieberman, Stroup e Perkins (2013), além da administração de antipsicóticos, é comum a inserção de outros medicamentos no tratamento farmacológico como anisolíticos ou hipnóticos, mais utilizados para controlar a insônia ou ansiedade presentes nos quadros sintomáticos; antidepressivos, uma vez que a depressão é comum em pacientes esquizofrênicos; e lítio, carbamazepina e valproato, sendo os dois últimos anticonvulsivantes, mas a aplicação deles não é algo fortemente sugerido devido à falta de evidências de eficácia no tratamento, não havendo recomendação para uso como monoterapia ou associação aos antipsicóticos.

Alguns pontos do SNC têm sido objetos de estudo como alvos potenciais para psicofármacos, almejando aprimorar o desempenho cognitivo de esquizofrênicos em razão de alterações encontradas (Ferreira *et al.*, 2010).

A adesão também é fator considerável na pesquisa farmacológica. A adesão ou não influencia na comprovação da efetividade de um tratamento (Rosa & Elkis, 2007). Desta forma, a adesão por parte de um paciente pode compreender-se como a aquisição das prescrições médicas ao correto uso da dose diária de medicação, ao estabelecimento e continuidade do tratamento pelo período fixado e a proposta de alterações comportamentais (Silva *et al.*, 2012; Vedana & Miasso, 2012).

Para avaliar esta adesão, geralmente alguns métodos são utilizados, os quais incluem o relato do paciente, a contagem de pílulas, a detecção da droga (por meio da urina, do sangue ou da saliva) e a presença de efeitos colaterais. As variáveis crucialmente relacionadas à adesão abarcam os fatores ambientais (sócio-demográficos), as características psicológicas dos pacientes, tais como redução de insights, negação da doença ou percepção do benefício da medicação, nível de inteligência do paciente, o relacionamento com o profissional da saúde e a complexidade da terapia medicamentosa (Rosa & Elkis, 2007).

Entretanto, o êxito da terapia medicamentosa acaba sendo agravado uma vez que o paciente não adere ao tratamento. A não adesão está atrelada à piora no prognóstico, maiores chances de recaídas e internações (Nicolino *et al.*, 2011). Tanto Rosa e Elkis (2007) quanto Silva *et al.* (2012), relatam que a não adesão nos pacientes esquizofrênicos gira em torno de 50% em média.

As falhas na adesão ao tratamento medicamentoso podem ser divididas em quatro grupos. Inicialmente, os erros de omissão, não fazer o uso do que foi prescrito. Em segundo, os erros de finalidade, como utilizar a medicação para propósitos adversos do tratamento. Em seguida, os erros de dosagem, normalmente conferidos pela dosagem abaixo da receitada. Por último, os erros na regularidade ou continuidade das ingestões. Tais falhas podem ocorrer devido ao uso de substância como álcool e drogas pelo paciente, dificuldade em lidar com os efeitos colaterais, e a disponibilidade e custo dos medicamentos (Rosa & Elkis, 2007; Lieberman, Stroup & Perkins, 2013).

Os antipsicóticos foram descobertos em meados do século XX, inovando o tratamento dos pacientes psicóticos. Contudo, paulatinamente, foi surgindo desagrado com a confiança exagerada nessas terapias farmacológicas, porque os sintomas positivos ainda eram muito presentes, e não apresentavam eficácia para corrigir os prejuízos cognitivos e sociais típicos da doença (Costa & Calais, 2010; Lieberman, Stroup & Perkins, 2013). Assim, apesar do uso

deste tipo de medicação, observa-se a existência de sintomas suficientes que geram prejuízos significativos nos âmbitos social, familiar e profissional. Por mais que a farmacologia tenha avançado nas últimas décadas, ainda representa um grande desafio alcançar a remissão completa desses pacientes (Barreto & Elkis, 2007).

Somando-se a isso, inseridos no contexto da reforma psiquiátrica, usualmente, os familiares assumem a responsabilidade pelo cuidado do paciente, incluindo aí o tratamento medicamentoso. Efetivamente, a família apresenta-se como um ambiente privilegiado para a prática do cuidado, por isso, precisa de maior participação nos debates deste novo paradigma de assistência, como aliada, facilitadora e alvo de intervenções (Vedana & Miasso, 2012). Por mais que existam resultados positivos quanto à participação da família no tratamento, isso ainda é feito de forma pouco elaborada no Brasil (Rodrigues & Silva, 2006).

Tendo em vista a importância da adesão ao tratamento medicamentoso para o controle da esquizofrenia, uma boa articulação na tríade paciente – família – equipe de saúde, técnicas cognitivo-comportamentais foram desenvolvidas e estão sendo aplicadas como novas formas de enxergar o paciente e planejar intervenções estratégicas, trabalhando em conjunto com a terapia medicamentosa. Desta forma, auxiliando o paciente a adaptar-se ao meio em que vive, dirimindo prejuízos interpessoais e sociais (Costa & Calais, 2010).

Diferente da psicopatologia tradicional, que enxerga o delírio como uma crença irreduzível, a Teoria Cognitivo-Comportamental (TCC) apresenta uma abordagem diferente, a qual permite que o paciente possa construir novas alternativas para sua crença delirante usufruindo de áreas do seu psiquismo não afetadas pela esquizofrenia (Barreto & Elkis, 2007).

2.3 Terapia Cognitivo-Comportamental

Pesquisas apontaram que a efetividade das medicações pode ser aprimorada com intervenções psicossociais, como terapias familiares ou terapia cognitivo-comportamental (TCC), colaborando na redução dos índices de recaídas, na redução das alucinações e delírios, contribuindo também com o funcionamento global do paciente. (Barreto & Elkis, 2007; Rodrigues, Kraus-Silva & Martins, 2008). Estudos acerca do tratamento com TCC demonstraram a diminuição de delírios, alucinações, sintomas positivos, sintomas negativos, sintomas gerais e melhora no funcionamento social (Jones *et al.*, 2012; Lieberman, Stroup & Perkins, 2013).

A TCC estimula os pacientes a questionarem suas crenças, emoções e experiências, e a interagir na avaliação dos seus sintomas, sofrimentos e comportamentos

emocionais. Tal abordagem é formulada para auxiliar o paciente a construir estratégias de desafiar, lidar e gerir seus pensamentos disfuncionais e problemas de comportamento. Pacientes esquizofrênicos podem ter dificuldades de concentração, atenção e motivação. A capacidade de pensar, sentir prazer, falar abertamente e agir também pode ser limitada, tornando árduo atividades/ações como fazer amigos, viver de forma independente e trabalhar (Jones *et al.*, 2012).

A TCC procura fornecer aos pacientes uma melhor compreensão e controle de suas experiências para dirimir seu sofrimento e aumentar sua funcionalidade. Esta terapia ajuda os indivíduos a compreender os fatores causadores de suas dificuldades, revisando e testando crenças disfuncionais, e implementando técnicas de enfrentamento (Freeman *et al.*, 2013).

Lieberman, Stroup e Perkins (2013) apresentam uma abordagem denominada aprimoramento nas estratégias de enfrentamento que é utilizada para amenizar a angústia, ensinando mecanismos de enfrentamentos, através dos quais o paciente possa se distrair e ignorar o conteúdo de alguns sintomas psicóticos residuais. Os autores sustentam que as características dessa terapia com sucesso incluem de quatro a nove meses de terapia individual ou em grupo, considerando-se tanto a identificação quanto as estratégias para lidar com os sintomas ou problemas-alvo. Ainda postulam que os programas psicoeducacionais aumentam o conhecimento e conscientização referente ao transtorno mental, que as abordagens para melhorar o comportamento minimizam as resistências à adesão, o treino de reconhecimento dos sinais de alerta auxilia a evitar recaídas, e a terapia cognitivo-comportamental reduz os sintomas psicóticos residuais.

O modelo Treinamento de Habilidades Sociais (THS) almeja desconstruir complexos repertórios sociais em seus pontos básicos, como contato visual, volume de voz, tempo de resposta, questionamento e outros comportamentos. Através da prática repetitiva e moldada pelo terapeuta, são apreendidas novas habilidades; desenvolvendo-se um repertório funcional em continuidade. O paciente utiliza do role-playing para exercitar a integração dos repertórios sociais com o terapeuta, sendo direcionado à prática em uma situação real. Existem três modelos específicos sobre THS. Sendo o básico, que trabalha a identificação e reaprendizagem dos componentes de interações sociais através da repetição; a resolução de problemas sociais, na tentativa de corrigir déficits nas habilidades de aprendizagem receptiva, processamento e transmissão; e a remediação cognitiva focando nos déficits cognitivos mais cabais, incluindo atenção e planejamento (Lieberman, Stroup & Perkins, 2013).

O Integrated Psychological Therapy (IPT) constitui-se em um programa de TCC dividido em cinco subprogramas: diferenciação cognitiva, percepção social, comunicação verbal, habilidades sociais e resolução de problemas interpessoais; onde cada subprograma, está organizado em etapas de complexidade crescente. A atenção do trabalho terapêutico dos três primeiros está no desenvolvimento de funções cognitivas básicas. Já os dois últimos subprogramas concentram no desenvolvimento de tarefas mais complexas de aquisição de habilidades sociais para ajuste/aprimoramento de interação social inadequada (Zimmer, Duncan & Belmont-de-Abreu, 2006; Zimmer et al., 2007).

A psicoterapia envolve situações de diferentes contextos da vida cotidiana, tais como convivência familiar, interação social, dificuldades de execução de tarefas na vida diária, busca/manutenção de trabalho, atividades em casa, relacionamento interpessoal, convivência familiar, atividades de lazer e demais relações sociais relevantes aos pacientes. O subprograma de diferenciação cognitiva é dividido em três etapas: exercícios com cartões; sistemas conceituais verbais (hierarquias conceituais, sinônimos, antônimos, definições de palavras); e estratégias de busca. O subprograma de percepção social é baseado na descrição e análise de slides sobre imagens da vida cotidiana. O subprograma de comunicação verbal possui tais etapas: repetição literal de frases; repetição segundo o sentido de frases autoformuladas; pergunta autoformulada e resposta; o grupo interroga um dos participantes sobre um tema determinado; e comunicação livre. O subprograma de habilidades sociais consiste na realização de role-playing acerca de dificuldades sociais dos pacientes, tais como: saber iniciar e manter um diálogo; pedir informações; recusar a um pedido de maneira assertiva; saber defender seu ponto de vista, assim como aceitar o dos demais. E no último subprograma, o de resolução de problemas interpessoais, são trabalhados problemas individuais dos pacientes, com estratégias passo a passo para buscar alternativas de solução (Zimmer, Duncan & Belmont-de-Abreu, 2006).

O modelo de resolução de problemas sociais baseia-se na premissa de que os déficits no processamento da informação sejam a causa da limitação presente na habilidade social em diversos pacientes. As faculdades específicas de aprendizagem de habilidades são repartidas em módulos relacionados a manejo de medicamentos, manejo de sintomas, recreação, conversação básica e auto-cuidados. A alocação dos pacientes pode ser em módulos nos quais têm maiores problemas e apresentam mais dificuldades. Procura-se que sejam adquiridas maior durabilidade e generalização das habilidades

sociais pelo realce no aprendizado, recebimento, processamento e retenção de habilidades (Lieberman, Stroup & Perkins, 2013).

Uma adaptação do Social Cognition and Interaction Training (SCIT) com o Metacognitive Training (MCT), o Treino Metacognitivo e da Cognição Social (TMCS) é composto de sessões que abordam de maneira integrada as alterações da cognição social e os vieses sócio-cognitivos características da esquizofrenia. Cada sessão tem a duração aproximada de uma hora (Rocha *et al.*, 2013).

O TMCS é um programa de duas sessões semanais por dez semanas, desenvolvido para abordar de maneira integrada as alterações da cognição social e os vieses sócio-cognitivos presentes nos pacientes esquizofrênicos. Tal programa é formado por um apanhado de sessões de psicoeducação metacognitiva (Treino Metacognitivo) e um conjunto de sessões interativas da cognição social (Treino Interativo da Cognição Social), que transcorrem paralelamente. Cada sessão possui duração aproximada de uma hora. As sessões iniciam com uma revisão do trabalho de casa sobre sessão anterior. Procede-se, em seguida, a introdução a um novo tema relacionado a vieses cognitivos, sendo ilustrada como a cognição humana pode ser falha. Pontuam-se os extremos patológicos de cada viés cognitivo, justificando-se a forma como o exagero dos vieses (normais) de pensamento pode culminar em problemas do cotidiano, ou até mesmo delírios. As distorções cognitivas são esclarecidas com recurso a exemplos práticos e atividades grupais. Almejando um melhor entendimento da abrangência das atividades realizadas, no tocante aos vieses sócio-cognitivos, ao encerrar as sessões, os pontos fundamentais de aprendizagem são capitulados. O treino interativo de cognição social prima-se no processamento de pistas emocionais e sociais, na análise de situações sociais, na compreensão do discurso não literal, do logro e do humor, e na capacidade de enxergar a perspectiva do outro, a empatia. Para tal adotam-se atividades grupais, apresentações didáticas interativas, *role-plays* e trabalhos de casa (Rocha *et al.*, 2013).

Barreto e Elkis (2007) apresentam as técnicas de normalização, de módulos e de reforço das estratégias de enfrentamento. Onde o objetivo da técnica de normalização é entender o que forma e mantém o fenômeno do transtorno. Esta técnica propõe um elo entre o conteúdo delirante e a história real de vida do paciente. Promovem-se mudanças ou constrói-se um processo de adaptação através da compreensão e identificação da vulnerabilidade do paciente. O trabalho dos sintomas pode ser facilitado com o entendimento melhor do contexto em que o transtorno aparece.

A técnica de módulos é dividida em seis partes, sendo a primeira o estabelecimento da aliança terapêutica e avaliação; a segunda caracterizada pelo uso de estratégias comportamentais para manejar sintomas, reações emocionais e atitudes impulsivas; a terceira utilizada para discutir novas perspectivas sobre a natureza das experiências vividas pelo paciente; a quarta é marcada pela utilização de estratégias para o manejo das alucinações; a quinta serve para a avaliação de pressuposições disfuncionais a respeito de si próprio e dos outros; e a sexta é o estabelecimento de novas perspectivas para os problemas individuais e autorregulação dos sintomas psicóticos (Barreto & Elkis, 2007)

A técnica do reforço das estratégias de enfrentamento formula-se no entendimento de que alucinações e delírios manifestam-se em um contexto social e subjetivo assumindo significado caso acompanhados por uma reação emocional. A proposta é de resgatar a estratégia utilizada pelo paciente para enfrentar seus sintomas, aperfeiçoando estes mecanismos. Portanto, aborda-se a forma como os elementos emocionais desencadeados pelo meio e/ou pelos sintomas interagem. Os métodos de reestruturação cognitiva, experimentos comportamentais e testes de realidade são utilizados para manipular as reações emocionais (Barreto & Elkis, 2007).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A esquizofrenia é fortemente caracterizada, além de seus sintomas positivos, negativos e cognitivos, pelos prejuízos na interação social do indivíduo, que podem abalar de forma severa e excludente o esquizofrênico que não consegue se adaptar ao convívio social.

A terapia medicamentosa é uma ação basilar no cuidado do portador deste transtorno. A Terapia Cognitivo-Comportamental serve como aliada ao tratamento medicamentoso, auxiliando e reforçando a adesão do paciente. E este, adido ao tratamento, tem a oportunidade de aprender técnicas e estratégias para sua adaptação e inserção no mercado de trabalho e sociedade através da TCC.

É claro que ainda há muito o que avançar, mas foi possível mostrar que a TCC vem estudando formas de trabalhar os sintomas positivos, negativos e cognitivos relacionados à esquizofrenia de forma a oferecer ao indivíduo ferramentas para dirimir seus sofrimentos, ampliar suas capacidades e se fazer mais presente e ativo no mundo.

4. REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre : Artmed, 4a. ed.
- Barreto, E. M. de P., & Elkis, H. (2007). Evidências de eficácia da terapia cognitiva comportamental na esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(Supl. 2), 204-207.
- Costa, N. L., & Calais, S. L. (2010). Esquizofrenia: intervenção em Instituição Pública de Saúde. *Psicologia USP*, 21(1), 183-198.
- Ferreira, B. de C., Jr., Barbosa, M. do A., Barbosa, I. G., Hara, C., & Rocha, F. L. (2010). Alterações cognitivas na esquizofrenia: atualização. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 32(2), 57-63.
- Ferreira, W. de A. (2010). A estrutura sintática dos delírios de perseguição e de referência na esquizofrenia paranoide: um estudo de caso. *Ciências & Cognição*, 15(2), 228-238.
- Freeman D., Dunn G., Garety P., Weinman J., Kuipers E., Fowler D., Jolley S., & Bebbington P. (2013). Patients' beliefs about the causes, persistence and control of psychotic experiences predict take-up of effective cognitive behaviour therapy for psychosis. *Psychol Med*; 43(2), 269-77.
- Jones C., Hacker D., Cormac I., Meaden A., & Irving CB. (2012). Cognitive behaviour therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*; 4: CD008712.
- Lieberman, J. A., Stroup, T. S., & Perkins, D. O. (2013). *Fundamentos da esquizofrenia* (Maiza R. Ite, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 2010).
- Nicolino, P. S., Vedana, K. G. G., Miasso, A. I., Cardoso, L., & Galera, S. A. F. (2011). Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 708-715.
- Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rahmoune, H., Harris, L. W., Guest, P. C., & Bahn, S. (2013). Explorando o componente inflamatório da esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 40(1), 28-34.
- Rocha, N. B. F., Queirós, C. L., Bravo, A. R., Silva, A. S. A., Marques, A. P. S., Oliveira, C., Rocha, S. A., & Pereira, N. G. F.. (2013). Análise qualitativa do impacto do programa de treino metacognitivo e da cognição social em pessoas com Esquizofrenia. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 18(4), 559-568.
- Rodrigues, M. G. A., Krauss-Silva, L., & Martins, A. C. M. (2008). Meta-análise de ensaios clínicos de intervenção familiar na condição esquizofrenia. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(10), 2203-2218.

Rodrigues, M. G. A., & Silva, L. K. (2006). Intervenção familiar na esquizofrenia: recorte de modelos de ensaios clínicos. *Revista do Departamento de Psicologia, UFF, 18(2)*, 93-109.

Rosa, M. A., & Elkis, H. (2007). Adesão em esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34(Supl. 2)*, 189-192.

Schmitt, A., Reich-Erkelenz, D., Gebicke-Härter, P., & Falkai, P. (2013). Estudos transcriptômicos no contexto da conectividade perturbada em esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica, 40(1)*, 10-15.

Silva, T. F. C. da, Lovisi, G. M., Verdolin, L. D., & Cavalcanti, M. T. (2012). Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes do espectro esquizofrênico: uma revisão sistemática da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 61(4)*, 242-251.

Soares, H. L. R., Gonçalves, H. C. B., & Werner J., Jr. (2011). Esquizofrenia hebefrênica: psicose na infância e adolescência. *Fractal : Revista de Psicologia, 23(1)*, 239-240.

Vedana, K. G. G., & Míasso, A. I. (2012). A interação entre pessoas com esquizofrenia e familiares interfere na adesão medicamentosa?. *Acta Paulista de Enfermagem, 25(6)*, 830-836.

Zimmer, M., Duncan, A. V., & Belmont-de-Abreu, P. (2006). Análise qualitativa de variáveis relevantes para a aplicação do programa de terapia psicológica integrada em pacientes com esquizofrenia de três centros do Sul do Brasil. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 28(3)*, 256-264.

Zimmer, M., Duncan, A. V., Laitano, D., Ferreira, E. E., & Belmonte-de-Abreu, P. (2007). A twelve-week randomized controlled study of the cognitive-behavioral Integrated Psychological Therapy program: positive effect on the social functioning of schizophrenic patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 29(2)*, 140-147.