

ESQUIZOFRENIA E TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: UM ESTUDO DE REVISÃO NARRATIVA

Girlene Santos da Mota¹

Maria Jeane da Silva²

Andressa Pereira Lopes³

Psicologia



**cadernos de
graduação**
ciências biológicas e da saúde

ISSN IMPRESSO 1980-1785

ISSN ELETRÔNICO 2316-3143

RESUMO

A presente pesquisa teve por objetivo apresentar as contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) de Aaron Beck no tratamento da esquizofrenia. Trata-se de uma revisão de literatura narrativa, realizada a partir de artigos científicos, livros e dissertações. A esquizofrenia é um transtorno mental grave no qual o paciente apresenta disfunções cognitivas, emocionais e comportamentais, e a TCC, uma terapêutica psicossocial que trabalha focando na interação entre pensamento, emoção e comportamento. No tratamento da esquizofrenia, a TCC busca reduzir os sintomas, ensinando o paciente a analisar, enfrentar e mudar pensamentos e crenças disfuncionais, melhorando a qualidade de vida. Evidenciou-se que a TCC é capaz de reduzir delírios, alucinações, sintomas negativos e a probabilidade de recaída, sendo também eficaz no tratamento da família do paciente.

PALAVRAS-CHAVE

Esquizofrenia. Terapia Cognitivo-Comportamental. Contribuições da TCC.

ABSTRACT

The present research aimed to present the contributions of Aaron Beck's Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) in the treatment of schizophrenia. It is a review of narrative literature, made from scientific articles, books and dissertations. Schizophrenia is a severe mental disorder in which the patient has cognitive, emotional, and behavioral dysfunction and CBT, a psychosocial therapy that works by focusing on the interaction between

thought, emotion and behavior. In the treatment of schizophrenia, CBT seeks to reduce symptoms, teaching the patient to analyze, confront and change dysfunctional thoughts and beliefs, improving the quality of life. It has been shown that CBT is capable of reducing delusions, hallucinations, negative symptoms and the likelihood of relapse, and is also effective in treating the patient's family.

KEYWORDS

Schizophrenia. Cognitive-Behavioral Therapy. CBT Contributions.

1 INTRODUÇÃO

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). 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-5, 2014).

Diante disso, a pessoa com esquizofrenia necessita mobilizar recursos psicossociais para lidar e se adaptar aos prejuízos ocasionados pelo transtorno, motivo pelo qual o tratamento deve envolver a combinação de medicamentos, apoio psicossocial e cuidados familiares (SILVA, 2006). O apoio psicossocial é realizado por terapêuticas como a Terapia Cognitivo-Comportamental, a Terapia Familiar, a Terapia Grupal e o Treino de Habilidades Sociais (SADOCK; SADOCK, 2007).

A Terapia Cognitivo-Comportamental é uma das abordagens da Psicologia, mas também designa um termo genérico que abrange, segundo Knapp (2004), cerca de 20 outras abordagens pautadas no modelo cognitivo. Entre essas abordagens, Knapp e Beck (2008) apontam a Terapia Cognitiva de Aaron Beck (TCC); a Terapia Racional Emotivo-comportamental (TREC) de Albert Ellis; e a Terapia Construtivista de Mahoney e Neimeyer. Neste artigo, contudo, será enfatizada a Terapia Beckiana, que em grande parte do seu desenvolvimento, esteve direcionada ao tratamento de transtornos depressivos e ansiosos (KNAPP, 2004), sendo atualmente utilizada e eficaz em diversos quadros mentais, inclusive graves (BECK, 2013).

Trabalhos abordando o tratamento da esquizofrenia com TCC começaram a crescer entre os anos 1980 e 1990 (WRIGHT et al., 2010) e vêm mostrando resultados promissores quando a TCC é adjuvante dos psicofármacos (KNAPP; BECK, 2008). Apesar de McGinty e outros autores (2016 apud CZEPIELEWSKI, 2016) salientarem que intervenções complementares em transtornos mentais graves apresentam baixos níveis de evidência, estudos como a revisão de Barreto e Elkis (2007), apontam o contrário, visto que essa abordagem mostrou-se eficaz na redução de sintomas psicóticos. Corroborando a base científica, Beck (2008 apud CORDIOLI; KNAPP, 2008,

p. 51) cita que “estudos de neuroimagem vêm demonstrando os correlatos neurobiológicos da ação da TC no cérebro”.

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 (SOUZA; CÂNDIDO, 2009).

Ainda segundo Souza e Cândido (2009), essas classificações são ferramentas descritivas dos transtornos mentais e auxiliam no diagnóstico psicológico. Apesar da importância de ambas, priorizou-se, neste artigo, descrever os sintomas da esquizofrenia, considerando apenas o DSM-5 (2014), com base no fato de o mesmo corresponder a um arcabouço teórico mais atual.

Abordar a TCC no tratamento da esquizofrenia constituiu um desafio, devido à escassez de estudos no Brasil, envolvendo a temática. Conforme Rodrigues (2008), o número de ensaios clínicos que enfocam psicoterapia é menor em comparação a intervenções de base medicamentosa e familiar. Sendo assim, a relevância em discorrer sobre esta temática está pautada na compreensão de que existe a necessidade de explorar a importância e as contribuições de psicoterapias como a TCC no tratamento da esquizofrenia, uma vez que poucos estudos discorrem sobre o tema e a medicação antipsicótica não consegue suprir a complexidade desse transtorno mental (PERKINS; LIEBERMAN, 2013).

O objetivo deste artigo foi apresentar as contribuições da TCC no tratamento da esquizofrenia. Tratou-se de uma revisão de literatura narrativa realizada a partir do acesso às bases eletrônicas de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME), Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), livros e dissertações.

2 ESQUIZOFRENIA

Historicamente, as primeiras descrições sobre o que hoje se define como esquizofrenia, tanto em termos conceituais quanto no que se refere a sintomatologia, curso e evolução, foram relatadas e publicadas sistematicamente no final do século XIX e início do século XX (ELKIS, 2012). Essas descrições surgiram, respectivamente, em 1853, quando o psiquiatra Beneditc Morel (1809-1873) utilizou o termo *démence précoce*; em 1871, quando Ewald Hecker (1843-1909) descreveu a hebefrenia; e em 1874, ano em que Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) descreveu a catatonia (SADOCK; SADOCK, 2007; VALENÇA; NARDI, 2015).

De acordo com Louzã Neto e Elkis (2007), os quadros supracitados eram independentes até Emil Kraepelin (1856-1926) tê-los reunido juntamente com o conceito de *dementia paranoides* (de sua autoria) sob a designação de *dementia praecox* ou demência precoce, em 1896. Kraepelin classificou a demência precoce como uma doença grave de causa endógena, que surgia no início da vida, apresentando curso deteriorante e sintomas psicóticos (SILVA, 2006; NETO; BRESSAN; FILHO 2007).

Bleuler, em 1908, propôs que a palavra esquizofrenia se traduzia como “mente cindida” vindo a substituir o termo “demência precoce” em 1911 (VALENÇA; NARDI, 2015). De acordo com Silva (2006, p. 264), “Bleuler conceitualizou o termo para indicar a presença de uma cisma entre pensamento, emoção e comportamento nos pacientes afetados”. Para o diagnóstico, ele classificou os sintomas em: fundamentais – distúrbios das associações do pensamento, autismo, ambivalência, embotamento afetivo, distúrbios da atenção e avolição; e acessórios – alucinações, distúrbios do humor ou sintomas catatônicos (ELKIS, 2012).

Schneider (1887-1967) caracterizou a esquizofrenia a partir da publicação, em 1948, dos sintomas designados de primeira ordem (SPO), que incluíam pensamento audível, percepções delirantes etc., (ELKIS, 2012). Os SPO eram considerados úteis para o diagnóstico, mas não específicos da esquizofrenia (SADOCK; SADOCK, 2007). Os sintomas de segunda ordem, como sentimentos de empobrecimento emocional e alterações de humor depressivas e eufóricas eram considerados de menor valor para a avaliação desse transtorno mental (LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007).

As concepções de esquizofrenia e a sintomatologia atrelada influenciaram as classificações diagnósticas: DSM e CID (LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007). O DSM-II, datado de 1968, abordou a esquizofrenia de forma muito ampla, embasado na expansão do conceito, atribuída a autores como Meyer e Sullivan; No DSM-III (1980), os critérios foram restritos aos sintomas de Bleuler, Schneider e Kraepelin; e nos DSM-III-R (1987) e DSM-IV-TR (2000), os critérios diagnósticos se mantiveram praticamente iguais, ainda influenciados por esses mesmos teóricos (ELKIS, 2012).

Em sua mais nova edição, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2014) descreve, em seu critério mais relevante (critério A), 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 (DSM-5, 2014).

Assim, o quadro de esquizofrenia pode ser preenchido por dois (ou mais) sintomas do critério A, dos quais um deve ser positivo (delírio, alucinação ou discurso desorganizado) se presentes num período de trinta dias (DSM-5, 2014). Os demais critérios estão relacionados a prejuízos em áreas do funcionamento, a persistência de alguns sinais por um período contínuo de seis meses, o estabelecimento do diagnóstico diferencial, a impossibilidade da perturbação está associada a efeitos fisiológicos ou outras condições médicas (DSM-5, 2014).

Os sintomas positivos são os mais característicos da esquizofrenia, embora não sejam específicos dela. Os delírios são crenças distorcidas da realidade que apresentam conteúdos diversos; as alucinações, percepções reais sem objetos existentes; e a desorganização do pensamento é verificada por meio do discurso que o paciente venha a manifestar. Esse conjunto de sintomas costuma aparecer nas fases agudas, com posterior período de remissão (SILVA; PADOVANI; NEVES, 2011).

O comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico refere-se a comportamentos tolos e pueris, agitação imprevista, postura rígida, movimentos

estereotipados, dentre outros; os sintomas intitulados negativos, como a expressão emocional diminuída, avolia, alogia, anedonia e falta de sociabilidade são comuns e estão associados em parte à morbidade na esquizofrenia, especialmente, os dois primeiros considerados mais proeminentes (DSM-5, 2014).

Atualmente, a esquizofrenia é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma perturbação grave caracterizada por distorções de pensamento e percepção, estados emocionais inapropriados, comportamentos perturbados e presença de crenças falsas, que acomete pessoas no fim da adolescência ou começo da vida adulta e cujo curso varia, podendo favorecer a recuperação dos sintomas ou progredir para a cronicidade (OMS, 2001).

A esquizofrenia está presente em todas as regiões do planeta, apresentando medidas de incidência e prevalência relativamente iguais nas populações (SADOCK; SADOCK, 2007). Para o DSM-5 (2014), a prevalência da esquizofrenia ao longo da vida varia entre 0,3 e 0,7 %. Segundo Silva (2006, p. 266) “[...] 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”. Estima-se que a esquizofrenia atinge 1% da população mundial, isto é, cerca de 70 milhões de indivíduos (SADOCK; SADOCK, 2007).

Dados da literatura (CHAVES, 2000; DSM-5, 2014) apontam que os homens desenvolvem mais precocemente a esquizofrenia, manifestando os primeiros sintomas de forma súbita ou insidiosa entre 18 e 25 anos. As mulheres costumam apresentar a doença dos 25 aos 35 anos, com 3 a 10% delas após os 40 anos (CHAVES, 2000). A proporção de esquizofrenia é similar entre os sexos (OMS, 2001) – a prevalência nos homens é de 0,92% e nas mulheres de 0,9% (MARI; LEITÃO, 2000).

Pesquisadores como Giraldi e Campolim (2014) evidenciam que as causas da esquizofrenia ainda são desconhecidas. Contudo, há comprovação científica acerca da influência de fatores genéticos e ambientais no surgimento dessa doença (OLIVEIRA, 2015). A base genética está alicerçada, segundo Beck e outros autores (2010) em estudos como o de Sullivan, Kendler e Neal (2003), que, após realizarem uma revisão quantitativa de doze estudos com gêmeos, propuseram que a hereditariedade gira em torno de 81% para o desenvolvimento da esquizofrenia entre parentes de primeiro grau (SULLIVAN; KENDLER; NEAL 2003 apud BECK et al., 2010).

A participação ambiental na gênese da esquizofrenia está associada a tensões psicológicas, complicações na gestação ou parto; problemas nutricionais, infecções cerebrais e outros (SILVA, 2006). A interação entre a carga genética individual e estressores ambientais pode eliciar um desenvolvimento cerebral com alterações (NETO; BRESSAN; FILHO, 2007), estimulando a criação de hipóteses etiológicas bem aceitas, como a do neurodesenvolvimento, que credita a probabilidade de desenvolver esquizofrenia à união dos aspectos supracitados, principalmente na díade mãe/embrião (PERKINS; LIEBERMAN, 2013).

Outras hipóteses etiológicas bem estabelecidas são a neurodegeneração (LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007) e a dopaminérgica (SILVA, 2006). A hipótese da neurodegeneração conjectura que a esquizofrenia decorre de um processo neurodegenerativo iniciado após sua instalação, mais especificamente nos primeiros anos, provocando

redução do volume cerebral, da substância cinzenta, hipocampo, além do alargamento dos ventrículos (LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007).

Silva (2006) esclarece que a hipótese dopaminérgica baseou-se nos efeitos de estimulação de algumas drogas na neurotransmissão de dopamina, ou seja, o sistema dopaminérgico funcionaria em excesso, acarretando os sintomas psicóticos, sendo necessária a criação de drogas antagonistas dos receptores de dopamina.

3 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E ESQUIZOFRENIA

A Terapia Cognitiva (TC) ou Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), como é mais conhecida, enquanto abordagem empiricamente validada engloba psicoterapias distintas, baseadas no modelo cognitivo (KNAPP; BECK, 2008). A TCC de Aaron Beck, criada em 1960, trata-se de uma psicoterapia educativa, estruturada e focal (BECK, 2013), considerada a mais popular Terapia Cognitiva (SOUZA; CÂNDIDO, 2009).

Na teoria e na prática, a TCC integra um conjunto de intervenções cognitivas e comportamentais utilizadas no tratamento de diversos transtornos mentais, assim como na criação de modelos etiológicos para explicá-los (KNAPP; BECK, 2008). O modelo cognitivo da TCC é representado por três premissas fundamentais, sendo elas: a atividade cognitiva influencia o comportamento; a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada; e mudanças na cognição determinam mudanças no comportamento (KNAPP, 2004).

Fundamentada nos pressupostos citados, a TCC compreende que o sujeito sente e se comporta a partir de como pensa diante de uma determinada situação, sendo assim, nos distúrbios psicológicos, pensamentos e crenças são disfuncionais (BECK, 2013). Knapp (2004) afirma que pensamentos automáticos, pressupostos subjacentes e crenças centrais constituem três níveis de cognição identificados e trabalhados com vistas à reestruturação pela TCC.

Pensamentos automáticos são cognições superficiais que passam rapidamente pela cabeça (PADESKY, 2010); pressupostos subjacentes ou crenças intermediárias dizem respeito a regras, atitudes ou suposições (NEUFELD; CAVENAGE, 2010); e crenças centrais são conhecimentos absolutistas sobre si, outras pessoas e o mundo (BECK, 2013).

As intervenções cognitivo-comportamentais são pautadas na conceituação cognitiva, uma técnica utilizada para compreender o modo de funcionamento do paciente, possibilitando sua adesão ao tratamento e a escolha de procedimentos eficazes, por meio dos quais o terapeuta cognitivo objetiva produzir mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais (NEUFELD; CAVENAGE, 2010; BECK, 2013).

O desenvolvimento da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento adjuvante de transtornos mentais graves, como a esquizofrenia, está relacionado à limitação da psicofarmacologia, ao caráter crônico e à baixa qualidade de vida dos pacientes (BECK et al., 2010). Barreto e Elkis (2007), afirmam que a farmacoterapia antipsicótica era a principal forma de tratar pessoas acometidas por doenças mentais severas até se evidenciar as contribuições de terapêuticas psicossociais.

Wright e colaboradores (2010) destacam que foi a partir dos anos 1980 que a TCC começou a ser empregada no tratamento da esquizofrenia e de outros transtor-

nos mentais graves. Atualmente, devido sua relevância, a TCC é uma das intervenções psicossociais citadas com maior recorrência na literatura (ZIMMER et al., 2006; CÂNDIDA et al., 2016). Tuner e outros autores (2014 apud BARRETO, 2015) realizaram um estudo de meta-análise com o objetivo de conhecer a psicoterapia mais eficaz no tratamento da esquizofrenia e constataram que a TCC apresentou resultados mais robustos em comparação a outras psicoterapias.

De modo geral, no tratamento da esquizofrenia, a Terapia Cognitivo-Comportamental busca “ensinar sistematicamente os pacientes a analisar, desafiar e [...] mudar pensamentos, atribuições e crenças subjacentes a sintomas psicóticos perturbadores, baixa autoestima e percepções da interferência na realização de objetivos funcionais” (BECK et al., 2009; FOWLER et al., 1995; KINGDON; TURKINGTON, 2004; MORRISON et al., 2004 apud PINKHAM et al., 2013, p. 113).

Na avaliação de pacientes com delírios, a TCC considera que a crença delirante apresenta como características norteadoras: pervasividade, convicção, intensidade, inflexibilidade e certeza, significância, preocupação e impacto comportamental (BECK et al., 2010). Ainda segundo Beck e outros autores (2010), a avaliação dessas características é necessária porque crenças irracionais podem não caracterizar delírios. Barreto (2015) menciona que a crença delirante é considerada um fato que afeta a vida do paciente, devendo-se encontrar explicações e não confrontá-la.

Barreto (2015) também cita que as emoções estão envolvidas na gênese ou manutenção da vivência psicótica, geralmente precedida de estresse. Silva, Padovani e Neves (2011), acrescentam que, apesar de rígidas, as crenças delirantes e o estresse que elas acarretam podem ser reduzidos com o auxílio do terapeuta cognitivo-comportamental a partir da aplicação de técnicas como o questionamento socrático, a descoberta guiada e a seta descendente, que, adicionadas a experimentos comportamentais, favorecem o conhecimento e validação de diferentes interpretações acerca do que está distorcido.

No tocante às alucinações, o modelo cognitivo compreende as vozes como sendo pensamentos automáticos externalizados, associadas ao surgimento de crenças delirantes ou não, que acarretam perturbação e comportamentos evitativo e de segurança (BECK et al., 2010). Cândida e colaboradores (2016) discorrem que os terapeutas devem considerar as características inerentes a esse fenômeno – por exemplo, o número de vozes, seu conteúdo, a frequência, os possíveis gatilhos – e realizar uma cuidadosa avaliação, a fim de recomendar as diversas abordagens disponíveis no enfrentamento da angústia, como os diversos tipos de técnicas, a exemplo das técnicas de normalização e focalização/retribuição.

A técnica de focalização/retribuição tem como objetivo reduzir as alucinações e o estresse associado a partir dos aspectos avaliados do sintoma (tipo de voz etc.) – até o momento de discutir com o paciente a respeito deles; a normalização foca na desestigmatização dos sintomas psicóticos e como estes são desencadeados a partir de fatores estressores (HADDOCK et al., 1998; KINGDON; TURKINGTON, 1991, 1994 apud BARRETO; ELKIS, 2007).

Em relação aos sintomas negativos da esquizofrenia, Beck e outros autores (2010) asseveram que, embora sejam interpretados como déficits biológicos, os pa-

cientes com esses sintomas desenvolvem avaliações, expectativas, crenças e estratégias cognitivas e comportamentais disfuncionais, sendo assim, tratamentos psicológicos podem contribuir para reduzi-los, desde que se ensine ao paciente a estar atento aos gatilhos internos e externos, também a desenvolver estratégias para aliviá-los depois da sua instalação.

Estudos como o de Sensky e colaboradores (2000), Morrison e outros autores (2004), Favrod, Trideu e Zimmermann (2005 apud BECK et al., 2010), Zimmer e colaboradores (2006) mostraram os efeitos favoráveis da TCC no tratamento de pessoas com esquizofrenia. Sensky e outros autores (2000) realizaram um estudo randomizado controlado para comparar a eficácia da TCC no tratamento de sintomas resistentes à medicação em pacientes com esquizofrenia – com um tratamento de controle ativo, nominado *Befriending*, que consistia em um contato empático e não específico do terapeuta mais o uso de antipsicóticos, ou seja, cuidados usuais.

Segundo Sensky e outros autores (2000), participaram do estudo noventa pacientes entre dezesseis e sessenta anos, recrutados de cinco centros clínicos (dois no oeste de Londres e três do norte da Inglaterra – Newcastle, Cleveland e Durham), os quais foram submetidos, individualmente, a dezenove sessões de tratamento, gravadas e analisadas aleatoriamente por avaliadores cegos, que também avaliaram os pacientes na linha de base, após o tratamento e em uma avaliação de acompanhamento de nove meses de seguimento.

Ainda conforme Sensky e outros autores (2000), os participantes de ambas as intervenções (TCC e *Befriending*) apresentaram redução expressiva dos sintomas positivos, negativos e depressão, contudo, na avaliação pós-tratamento, verificou-se que os pacientes não tratados com TCC acabaram não mantendo os ganhos obtidos, ao contrário dos que haviam tido contato com essa psicoterapia – concluindo-se que a TCC é eficaz no tratamento de sintomas refratários da esquizofrenia, sendo estes positivos ou negativos.

O ensaio randomizado realizado por Morrison e colaboradores (2004) na Universidade de Manchester, Reino Unido, teve como objetivo avaliar a eficácia da Terapia Cognitiva na prevenção da transição para psicose. Durante seis meses e mais um ano de monitoramento mensal, a Terapia Cognitiva foi comparada ao tratamento de costume em cinquenta e oito pacientes com risco ultra-alto de desenvolver o primeiro episódio de psicose (MORRISON et al., 2004).

Os resultados do estudo acima citado mostraram que, enquanto 6% das pessoas tratadas com TC desenvolveram um transtorno psicótico, o percentual no grupo tratado sem essa psicoterapia subiu para 26%; houve também: redução da prescrição de medicamentos, redução da probabilidade de preencher critério diagnóstico para doença psicótica no DSM-IV e melhoras relevantes dos sintomas positivos. Com isso, os pesquisadores concluíram que a TC é uma intervenção relevante e eficaz para pessoas com maior probabilidade de desenvolver psicose (MORRISON et al., 2004).

Em uma revisão quantitativa de treze ensaios controlados randomizados, com a participação 1.484 pessoas, Zimmermann e colaboradores (2005 apud Beck et al., 2010) concluíram que o uso da Terapia Cognitiva, comparada com o tratamento con-

trole, mostrou redução de sintomas em pacientes na fase crônica da esquizofrenia, melhora em sintomas psicóticos durante a aplicação na fase de internação e melhora em períodos de segmento pós-tratamento, produzindo mudanças duradouras no que tange aos sintomas positivos.

Zimmer e outros autores (2006) objetivaram avaliar o efeito de 12 sessões semanais do Programa Cognitivo-Comportamental (IPT), comparado ao tratamento usual (TU) acerca da cognição, ajustamento social e qualidade de vida em pacientes com esquizofrenia. O estudo foi realizado no sul do Brasil e envolveu 56 pacientes ambulatoriais entre 18 e 65 anos, dos quais 95% tinham diagnóstico de esquizofrenia e 5% de transtorno esquizoafetivo. Os pesquisadores concluíram que os resultados foram mais favoráveis para o grupo IPT, pois, evidenciou-se que o funcionamento global melhorou, assim como a memória verbal, a adequação social, a questão do retraimento afetivo, do funcionamento social e ocupacional (ZIMMER et al., 2006).

A importância e as contribuições da TCC no tratamento do sujeito com esquizofrenia também se estendem a sua parentela. Scazufca (2000) observa que as intervenções psicossociais com a família do portador de esquizofrenia surgem devido a fatos como a sobrecarga familiar e as implicações de um clima familiar hostil que pode interferir negativamente no curso da doença, ou seja, a família tanto pode ser um fator de risco como um fator protetor. Ainda segundo Scazufca (2000), as sessões com a família podem seguir os moldes da TCC, nas quais se elabora uma agenda, se define o problema a ser trabalhado, se faz uso de técnicas como a solução de problemas, solicita-se tarefas e *Feedback*.

Rodrigues, Kraus-Silva e Martins (2008) evidenciaram a partir de uma revisão sistemática que a intervenção familiar com base na Terapia Cognitivo-Comportamental demonstrou eficácia ao conseguir reduzir em cerca de 60% a probabilidade de recaída em pacientes com esquizofrenia, diminuindo a incidência em 30% de estes recaírem no primeiro ano de tratamento. A intervenção familiar também se mostrou favorável em relação à sobrecarga familiar em seus aspectos objetivos e subjetivos, melhorando a qualidade de vida de toda a família (RODRIGUES; KRAUS-SILVA; MARTINS, 2008).

Diante de tais apontamentos, ressalta-se que as contribuições de outras terapêuticas psicossociais no tratamento da esquizofrenia, algumas já mencionadas neste trabalho, como o treino de habilidades sociais, a terapia familiar e a terapia grupal são extremamente relevantes. Por outro lado, também se faz necessário destacar, que o fato de a esquizofrenia ser uma doença psiquiátrica, faz da terapêutica medicamentosa o cerne do tratamento, sendo as demais terapias, inclusive a TCC, adjuvantes no processo de melhora sintomatológica, redução de estresse, adesão ao tratamento, aprimoramento de habilidades sociais e outros (BECK et al., 2010).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a literatura acessada para elaboração desta pesquisa, foi possível entender alguns aspectos, como o histórico, conceito, as possíveis causas da

esquizofrenia e como a terapia cognitivo-comportamental (TCC) contribui para o tratamento desse transtorno. Nesse percurso, pôde-se compreender que essa doença é altamente incapacitante. As causas são de origem múltipla, a evolução é crônica e caracterizada pela presença de delírios, alucinações e sintomas negativos.

De modo geral, os estudos apresentados no decorrer da pesquisa evidenciaram as contribuições da TCC enquanto uma psicoterapia de abordagem psicossocial que, agregada a outros métodos, surte um efeito benéfico no tratamento de pessoas com esquizofrenia. Os estudos constatam que essa terapêutica é eficaz na redução dos sintomas positivos e negativos e toda estrutura do processo psicoterapêutico é pautada no modelo cognitivo de Aron Beck, que vê o funcionamento do sujeito com base na interação entre pensamento, emoção e comportamento.

Dada a relevância do tema abordado, evidencia-se a necessidade de mais produções de pesquisas nessa área. Vale salientar, também, a escassez de publicações e estudos de cunho prático no Brasil. Contudo, foi possível constatar que a TCC, enquanto terapêutica psicossocial viabiliza resultados positivos em diversos sintomas presentes na esquizofrenia, possibilitando que o sujeito acometido por essa doença possa ter uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

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

BARRETO E. Terapia cognitiva da esquizofrenia. In: NARDI, A.E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A.G.(Org.). **Esquizofrenia: teoria e clínica**. Porto alegre: Artmed, 2015. Cap. 4. p.183-190.

BARRETO, E.M.P; ELKIS, H. Evidências de eficácia da terapia cognitiva comportamental na esquizofrenia. **Rev. Psiq. Clín.** 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 14 set. 2016

BECK, A.T. *et al*. **Terapia cognitiva da esquizofrenia**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BECK, J.S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

CÂNDIDA, M. *et al*. Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: an overview on efficacy, recent trends and neurobiological findings. **Medical Express**. São Paulo, v.3, n.5, out. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 4 fev. 2017.

CHAVES, A.C. Diferenças entre os sexos na esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.22, supl.1, p.21-22, maio. 2000. Disponível <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

CORDIOLI, A.V.; KNAPP, P. A terapia cognitivo-comportamental no tratamento de transtornos mentais. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, p.51-53, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> Acesso em: 15 set. 2016.

CZEPIELEWSKI, L.S. **Trajetórias de transtornos mentais graves:** contribuições da pesquisa em esquizofrenia. 2016. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina: Programa de pós-graduação em psiquiatria e ciências do comportamento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2016. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/150739>> Acesso em: 10 mar. 2017.

ELKIS, H. O conceito da esquizofrenia. In: NOTO, C.S.; BRESSAN, R.A. **Esquizofrenia:** avanços no tratamento multidisciplinar. 2.ed. Porto alegre: Artmed, 2012. p.19-31.

GIRALDI, A.; CAMPOLIM, S. Novas abordagens para esquizofrenia. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v.66, n.2, jun. 2014. Disponível em: <<http://ciencia.e.cultura.bvs.br/scielo.php?>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

KNAPP, P. *et al.* Princípios fundamentais da terapia cognitiva. In: KNAPP, P. *et al.* **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica.** Porto Alegre: Artmed, 2004. Cap.1. p.19-40.

KNAPP, P.; BECK, A.T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.30, supl.2, p.s54-s64, out. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 8 abr. 2017.

LOUZÃ NETO, M.R.; ELKIS, H. **Psiquiatria básica.** 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MARI, J.J.; LEITÃO, R.J. A epidemiologia da esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatria**, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> Acesso em: 6 out. 2016.

MORRISON, A.P. *et al.* Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. **The British Journal of Psychiatry**, v.185, p.291-297. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.185.4.291>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

NETO, A.G.A.; BRESSAN, R.A.; FILHO, G.B. Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais. **Rev. psiquiatr.** São Paulo, v. 34, supl. 2, p. 198-203, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 09 Set. 2016.

NEUFELD, C.B.; CAVENAGE, C.C. Conceitualização cognitiva de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. **Rev. bras. ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.3-36, dez. 2010. Disponível: em <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?>>. Acesso em: 8 abr. 2017.

OLIVEIRA, S.M. Modelos reducionista e multinível na esquizofrenia: alcances e limites. **Rev. Latino am. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v.18, n.4, p.743-757, dez. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 14 set. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Geneva: OMS, 2001.

PADESKY, C.A.; AARON, T. BECK: A mente, o homem e o mentor. In: LEAHY, R.L. *et al.* **Terapia cognitiva contemporânea: teoria, pesquisa e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2010. Cap.1, p.19-38.

PERKINS, D.O.; LIEBERMAN, J.A. Epidemiologia e história natural. In: PERKINS, D.O.; LIEBERMAN, J.A. **Fundamentos da esquizofrenia.** Porto Alegre: Artmed, 2013. p.17-25.

PINKHAM. *et al.* Prejuízos social e funcional. In. LIEBERMAN, J.A.; STROUP, T.S.; PERKINS, D.O. **Fundamentos da esquizofrenia.** Porto Alegre: Artmed, 2013. p.109-146.

RODRIGUES, G.A. **Estudos sobre intervenção familiar na esquizofrenia: subsídios para sua implantação nos centros de atenção psicossocial.** 2008. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4580>>. Acesso em: 4 abr. 2017.

RODRIGUES, M.G.A.; KRAUSS-SILVA, L.; MARTINS, A.C.M. Meta-análise de ensaios clínicos de intervenção familiar na condição esquizofrenia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.10, p.2203-2218, out. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

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

SCAZUFCA, M. Abordagem familiar em esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatria**, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n10/02.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

SENSKY, T. *et al.* A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. **ArchGenPsychiatry**, v. 57, fev. 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10665619&prev=search>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

SILVA, R.C.B. da. Esquizofrenia: uma revisão. **Psicologia USP**, v.17, n.4, p.263-285, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> Acesso em: 4 set. 2016.

SILVA, R.C.B. da; PADOVANI, R. da C.; NEVES, M.O. O delírio na perspectiva das neurociências e da terapia cognitiva. **Rev. bras. ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.2-6, jun. 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?>>. Acesso em: 7 mar. 2017.

SOUZA, I.C.W.; CANDIDO, C.F.G. Diagnóstico psicológico e terapia cognitiva: considerações atuais. **Rev. bras. ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.82-93, nov. 2009. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?>>. Acesso em: 8 br. 2017.

VALENÇA, A.; NARDI, A.E.M. Histórico do conceito de esquizofrenia. In: VALENÇA, A.; NARDI, A.E.M. **Esquizofrenia: teoria e clínica**. Porto alegre: Artmed, 2015. Cap. 1. p.17-24.

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

ZIMMER, M. *et al.* Estudo controlado randomizado de 12 semanas do programa cognitivo-comportamental IPT (Terapia Psicológica Integrada) com efeito positivo em funcionamento social em pacientes com esquizofrenia. In: ZIMMER, M. *et al.* **Avaliação de um programa de terapia cognitivo-comportamental para pacientes com esquizofrenia**. 2006. Tese (Doutorado) – Faculdade de Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul-RS, 2006. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/846>> Acesso em: 10 set. 2016.

Data do recebimento: 6 de Junho de 2017

Data da avaliação: 25 de Junho de 2017

Data de aceite: 4 de Julho de 2017

1 Acadêmica do curso de Psicologia do Centro Universitário Tiradentes – Unit/AL.
E-mail: girlenemotta@hotmail.com.

2 Acadêmica do curso de Psicologia do Centro Universitário Tiradentes – Unit/AL.
E-mail: jeane__17@hotmail.com.

3 Docente do Centro Universitário Tiradentes – Unit/AL. E-mail: andressa_lopes@hotmail.com.