

# ESQUIZOFRENIA E ABORDAGENS DE TRATAMENTO: UMA BREVE REVISÃO.

Elisete Spiering Jacobsen<sup>1</sup>

Iara Suris<sup>2</sup>

Carla S. Villwock<sup>3</sup>

Elisabete Beatriz Maldaner

## RESUMO

*O presente artigo visa caracterizar a esquizofrenia, contribuindo para uma melhor compreensão deste assunto em seus diversos aspectos, através de uma breve revisão sobre sua etiologia, identificação de seus principais sintomas e as possíveis abordagens de tratamento. A partir da revisão bibliográfica observou-se que este transtorno ocasiona grande desestruturação psíquica que comprometem tanto pacientes como familiares, causa disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais, trazendo prejuízos importantes na vida do portador. Que sua etiologia é indefinida, porém envolve uma combinação de fatores genéticos e ambientais. Os sintomas são variáveis, causam grande prejuízo profissional e social, possuem como características a incapacidade de integrar emoções e sentimentos com o pensamento, apresentando crenças irreais e apresentam anormalidades como delírios, alucinações, discurso e comportamento desorganizado. Em relação ao diagnóstico verificou-se a importância do reconhecimento do profissional quanto ao conjunto de sintomas bem como do contexto histórico do paciente. As abordagens de tratamento mostram-se eficazes quando associam o uso de fármacos com psicoterapia e intervenção familiar. Por fim a esquizofrenia mostrou-se um transtorno bastante regressivo em que os pacientes são bastante dependentes e fragilizados, tratando-se de uma doença mental na qual a cura não é possível e as intervenções buscam minimizar os danos provocados e promover*

*autonomia para estes sujeitos, fazendo com que eles tenham uma melhor qualidade de vida.*

**PALAVRAS-CHAVE:** *Esquizofrenia, Etiologia, sintomas, abordagens de Tratamento.*

## INTRODUÇÃO

A esquizofrenia caracteriza-se por uma grave desestruturação psíquica em que o sujeito perde a capacidade de integrar suas emoções e sentimentos com seus pensamentos, apresentando crenças irrealis, que comprometem tanto pacientes quanto familiares e representa grande custo para a sociedade (GABBARD 1998).

Este transtorno normalmente manifesta-se no final da adolescência e meados dos 30 anos, podendo ocorrer maior pico de início do primeiro episódio psicótico, dos 20 aos 30 anos (DSM-5 2014), sendo que ele atinge em igual proporção homens e mulheres e, em geral, inicia mais cedo no homem.

Os sintomas costumam surgir de forma insidiosa, onde o sujeito passa a apresentar mudança no padrão de sua interação social e afetiva, embora em alguns casos surjam de forma abrupta (KAPCZINSKI, QUEVEDO, ISQUIERDO 2000), estes envolvem uma gama de disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais. No entanto, nenhum sintoma é específico da doença, uma vez que a esquizofrenia é uma síndrome clínica heterogênea, que faz com que o indivíduo apresente variações substanciais na maior parte das características (DSM-5 2014), pois as manifestações clínicas se modificam com rapidez e facilidade.

Através da revisão bibliográfica pretende-se apresentar a etiologia deste transtorno, seus sintomas, aspectos relativos ao diagnóstico e as respectivas abordagens de tratamento.

## ETIOLOGIA

Embora sua etiologia ainda seja desconhecida, considera-se a predisposição genética, fatores ambientais e psicológicos com importante papel no desenvolvimento da doença (KAPCZINSKI, QUEVEDO, ISQUIERDO 2000). Leva-se ainda em consideração algumas hipóteses como alterações no sistema neurotransmissor, lesão no nascimento, infecção viral, sendo sua causa provavelmente multifatorial (KAPLAN e SADOCK 1993).

Existem várias discussões a respeito da origem da esquizofrenia, porém veremos a opinião de alguns autores a partir ponto de vista psicodinâmico. Para Freud a esquizofrenia era vista como uma regressão devido a uma intensa frustração e conflito com os objetos, o que causava o isolamento autista. Ele afirmava haver um isolamento da catexia e um reinvestimento no ego, no entanto Freud não empenhou esforços terapêuticos em tais pacientes (GABBARD 1998).

Já Sullivan (apud Gabbard 1998), acreditava que a causa do transtorno era resultado de dificuldades interpessoais precoces através das quais a maternagem deficiente produzia um self carregado de ansiedade. Diferentemente de Freud, Sullivan sempre considerou a capacidade de relacionamento interpessoal destes indivíduos.

Segundo Reichmann (apud Gabbard 1998) os esquizofrênicos são pessoas isoladas pelo fato de não superarem seu medo e descrença nos outros, devido às experiências frustrantes e precoces na sua vida. P. C. Racamier (apud Bergeret 1998) considera a mãe como o verdadeiro ego do bebê, ressaltando que, se faltar o objeto, este sujeito será incapaz de reconhecer e amar a si mesmo.

De acordo com a psicanálise as frustrações ocorrem no período inicial da vida do sujeito e devido a sua intensidade e precocidade, geram fixações na fase oral, ou seja, o ego permanece bloqueado não ocorrendo assim o devido desenvolvimento, mantendo-se fragmentado. A mãe além de ser frustrante também é tóxica, pois não consegue realizar investimentos nesta criança, o que acaba por gerar uma relação de objeto fusional e simbiótica (BERGERET 1998).

Muito se observou que as mães de esquizofrênicos eram perturbadas e incapazes de se mostrarem mães suficientemente boas ou continentas para oferecerem um ambiente seguro a seu filho. Entretanto, em uma nova perspectiva, considera-se que seria um relacionamento perturbado devido à interação com uma criança com danos neurobiológicos e a falta de preparo emocional desta mãe em lidar com esta criança que apresenta problemas (GABBARD 1998).

Conforme Mc Glashan (apud Gabbard, 1998) existe um consenso na concepção de vários autores da importância do fator etiológico relacionado a uma perturbada relação entre o bebê e o seu cuidador.

#### PRINCIPAIS SINTOMAS E CARACTERÍSTICAS DO TRANSTORNO.

De acordo com o DSM-5 (2014) a atual classificação deste transtorno se encontra dentro do Espectro da Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos e passa a ser definido por anormalidades em um ou mais dos cinco domínios citados: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico e sintomas negativos.

Delírio expressa uma quebra na vida do sujeito através do qual a pessoa se modifica e sua personalidade sofre uma transformação (DALGALARRONDO 2008).

Alucinação é a percepção de um objeto como vozes, ruídos e imagens sem que este esteja presente (DALGALARRONDO 2008).

Discurso desorganizado refere-se a palavras novas criadas pelo paciente ou vocábulos que recebem um novo significado (DALGALARRONDO 2008).

O comportamento grosseiramente desorganizado apresenta-se desde um comportamento tolo ou infantil até uma agitação imprevisível. O comportamento catatônico apresenta uma postura rígida, inapropriada e bizarra (DSM-5 2014).

Os sintomas negativos mais relevantes na esquizofrênia são expressão facial diminuída e a avolia (DSM-5 2014). Os mesmos ocasionam a perda do interesse pela realidade externa, causando isolamento. São comuns na fase prodrômica e residual,

onde indivíduos que eram socialmente ativos retraem-se em relação as suas rotinas anteriores.

Outras características deste transtorno são: afeto inadequado; humor disfórico podendo se apresentar sob a forma de depressão; ansiedade ou raiva; sono perturbado; falta de vontade de se alimentar; fobias; déficits cognitivos ou sociais e falta de insight; até mesmo em relação à percepção de sintomas de seu transtorno; não adesão ao tratamento; abuso de substância e impulsividade (DSM-5 2014).

## DIAGNÓSTICO

Dentre os sinais e sintomas citados no DSM 5 dois ou mais devem aparecer por um período de pelo menos seis meses e associados a um funcionamento profissional ou social prejudicado, considerando que estes devem estar excluídos de outras doenças que possam provocar sintomas semelhantes. (DSM 5 2014).

O diagnóstico envolve o reconhecimento, por parte do profissional, do conjunto de sinais e sintomas apresentados pelo paciente levando em consideração algumas variáveis: além do exame do estado mental é necessário conhecer a história pregressa e atual do paciente; saber que os sintomas individuais mudam com o tempo; é necessário levar em consideração também, o nível educacional; a capacidade intelectual e as questões culturais. Cultos religiosos, por exemplo, podem parecer estranhos para quem não os conhece, mas absolutamente normais em determinado ambiente cultural (KAPLAN e SADOCK 1993).

## ABORDAGENS DE TRATAMENTO

Dentre as abordagens de tratamento temos a farmacoterapia que se mostra altamente eficaz, especialmente quando os pacientes encontram-se na fase ativa. Os principais antipsicóticos usados nesta fase são clorpromazina, levomepromazina, haloperidol, triperidol, e são chamados de típicos. Já no período dos sintomas negativos existem alguns antipsicóticos denominados atípicos que se mostram mais eficientes

como a clozapina, olanzapina, risperidona, que causam menos efeitos extrapiramidais. O uso de fármacos somado a outras abordagens promove uma melhor adesão e eficácia no tratamento. (GABBARD 1998,).

Psicoterapia individual: Para os portadores de esquizofrenia que estejam estabilizados, a psicoterapia individual pode ser benéfica, pois estes pacientes necessitam de uma relação consistente, confiável e apoiadora.

A psicoterapia individual possui alguns princípios técnicos para pacientes esquizofrênicos como: o terapeuta deve criar um ambiente acolhedor, deve servir de continente, de ego auxiliar, deve manter uma posição flexível em relação à forma e conteúdo da terapia, deve ser genuíno e aberto com o paciente, deve postergar a interpretação até que a aliança esteja solidificada e deve manter o respeito pela necessidade do paciente de estar doente (GABBARD 1998).

Psicoterapia de grupo: É necessário ver se o paciente possui indicação ou não para a psicoterapia de grupo, o ideal é quando os sintomas ativos estejam estabilizados, pois se o paciente se mostra desorganizado os estímulos do ambiente podem sobrecarregá-lo.

A terapia de grupo pode ser útil para gerar confiança e o apoio do grupo, através da qual os pacientes conversam sobre suas preocupações, experiências e em como lidar com determinadas situações (GABBARD 1998).

Intervenção familiar: Se mostra a mais eficiente das intervenções. Kanter e colaboradores (apud Gabbard 1998) consideram relevantes a psicoeducação com famílias de esquizofrênicos, onde estas são treinadas a conhecerem os sinais prodrômicos e sintomas que anunciam a recaída, recebem instruções sobre os efeitos colaterais da medicação e seu manejo, obtendo bons resultados, embora existam alguns questionamentos a respeito da eficácia desta intervenção.

Tratamento hospitalar: Durante a hospitalização o paciente recebe abrigo seguro, para evitar que cause danos a si mesmo ou aos outros. Os profissionais desempenham o papel de ego auxiliar; preparam estes pacientes para de lidarem com esta doença a vida

inteira, pois, ela não tem cura, apenas procura-se minimizar seus prejuízos; ressaltam ainda a importância de manter a medicação. Pacientes que se mostram resistentes ao tratamento conseqüentemente necessitam de hospitalização (GABBARD 1998).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A esquizofrenia mostra-se como um transtorno bastante regressivo, que ocasiona grande desestruturação psíquica, causando disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais, trazendo prejuízos importantes na vida do portador.

Estes pacientes se mostram bastante dependentes e fragilizados. Diante da realidade dos portadores deste transtorno se faz necessário um conjunto de intervenções para que se obtenha um melhor resultado.

È importante ressaltar a educação familiar a respeito do funcionamento do transtorno e de como ajudar estes individuos no manejo das medicações, embora muitas vezes a família apresente dificuldades em fazê-lo.

Da mesma forma a ajuda profissional é de extrema necessidade, tanto em relação à medicação, para estabilização dos sintomas ativos, quanto em relação à terapia, pois estes pacientes carecem de continência e ambiente acolhedor.

Trata-se de uma doença mental na qual a cura não é possível, e as intervenções buscam minimizar os danos provocados e promover autonomia para este sujeito, fazendo com que ele tenha uma melhor qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

American Psychiatri Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BERGERET, Jean. **A personalidade Normal e Patológica**. 3<sup>a</sup> ed. ArTmed Porto Alegre:, 1998

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 2<sup>a</sup> ed. Artmed 2008.

GABBARD, Glen O. **Psiquiatria Psicodinâmica**. Baseado no DSM-IV, 2ª ed. Porto Alegre: ArTmed 1998.

KAPLAN, Harold I. M.D.; SADOCK Benjamin j.,M.D. **Compêndio de Psiquiatria Ciências Comportamentais Psiquiatria Clínica**. ArTes Medicas, Porto Alegre: 1993.

KAPCZINSK, Flávio; QUEVEDO, João; IZQUIERDO, Ivan **Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos**. ArTmed, Porto Alegre:2000.