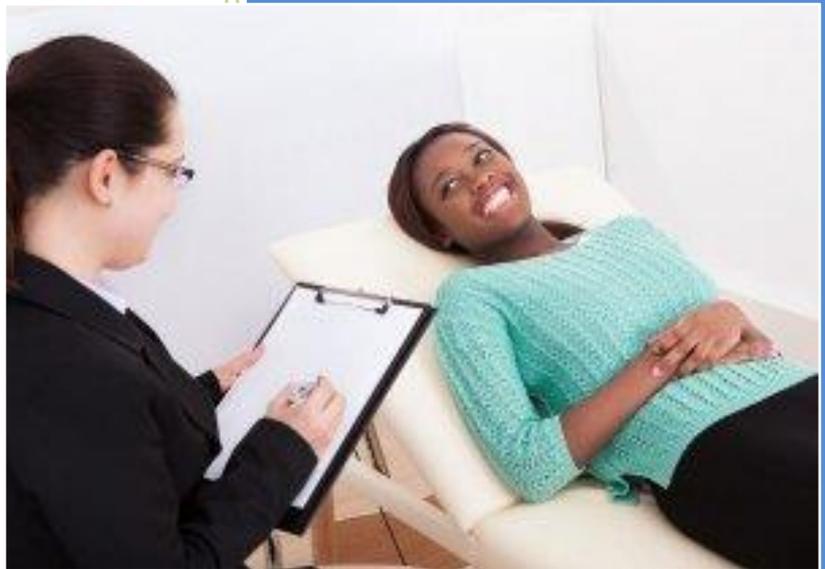


# Terapia Cognitivo Comportamental



## **Terapia cognitivo-comportamental**

Terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma forma de psicoterapia que se baseia no conhecimento empírico da psicologia. Ela abrange métodos específicos e não-específicos (com relação aos transtornos mentais) que, com base em comprovado saber específico sobre os diferentes transtornos e em conhecimento psicológico a respeito da maneira como seres humanos modificam seus pensamentos, emoções e comportamentos, têm por fim uma melhora sistemática dos problemas tratados.

Tais técnicas perseguem objetivos concretos e operacionalizados (ou seja, claramente definidos e observáveis) nos diferentes níveis do comportamento e da experiência pessoal (al. Erleben) e são guiadas tanto (1) pelo diagnóstico específico do transtorno mental como (2) por uma análise do problema individual (ou seja, uma descrição das particularidades do paciente; ver mais abaixo).

Nesse contexto representa um papel importante uma análise aprofundada dos fatores de vulnerabilidade (predisposições), dos fatores desencadeadores e mantenedores do problema (ver abaixo). A combinação dessas duas vias permite atingir um relativo equilíbrio entre o método padronizado (determinado pelo diagnóstico) e as características individuais do paciente (que determinam a análise do problema). A terapia cognitivo-comportamental encontra-se em constante desenvolvimento e exige de si mesma uma comprovação empírica da sua efetividade.

A terapia cognitivo-comportamental possui tanto técnicas da terapia cognitiva como da terapia comportamental, tendo demonstrado ser uma das técnicas mais eficazes no tratamento de vários transtornos como depressão e esquizofrenias.

### **Princípios etiológicos**

Os transtornos mentais são vistos como fruto de um desequilíbrio entre os fatores salutogênicos por um lado e os fatores patogênicos por outro:

Fatores salutogênicos são aqueles que permitem ao indivíduo ser saudável. Dentre eles se distinguem determinados fatores da personalidade, como os estilos de coping, os fatores de fomento à saúde, que ajudam a mantê-la (ex. a prática de esportes, uma vida equilibrada etc.), e os fatores de proteção, que

ajudam a defendê-la em momentos de estresse (ex. uma boa rede social, bom acesso à rede de saúde etc.).

Fatores patogênicos são aqueles que levam à doença. Os fatores de vulnerabilidade são as predisposições e tendências pessoais, quer de ordem genético-biológicas, quer ligadas à história de vida da pessoa, a desenvolver determinado transtorno mental; os fatores desencadeadores são os eventos que levaram ao aparecimento do transtorno (ex. diferentes tipos de estresse, perda de entes queridos, acidentes e outros traumas etc.) e os fatores mantenedores são aqueles que propiciam a continuação do transtorno mesmo após os fatores desencadeadores não estarem mais presentes (ex. estresse permanente, tentativas errôneas do paciente ou de pessoas a ele próximas de lidar com a situação etc.).

Dentre os fatores mantenedores a funcionalidade (ou ganho secundário) do transtorno desempenha um papel importante: Trata-se dos aspectos positivos que toda doença e transtorno mental, por mais grave que seja, tem para o indivíduo. Assim determinados transtornos infantis têm como funcionalidade a manutenção do relacionamento instável dos pais, que permanecem juntos somente por causa do filho. Como se depreende do exemplo, não se deve confundir a funcionalidade com má-fé ou intenção maldosa do paciente.

Tradicionalmente a TCC dedica-se especialmente aos fatores mantenedores, sem no entanto perder de vista os demais fatores. Nos últimos anos vem crescendo cada vez mais a consciência de que sobretudo os fatores salutogênicos têm grande importância na recuperação da saúde e devem ser fomentados.

## **Estrutura da terapia**

A estrutura da TCC pode ser descrita em uma série de cinco passos:

Apresentação do problema

Primeira orientação a respeito problemática - consiste na coleta e organização dos dados relevantes para a compreensão do paciente e de seu problema: dados pessoais, sintomática e seu desenvolvimento, objetivos do paciente, esclarecimento das condições necessárias para o trabalho psicoterapêutico;

Definição do(s) problema(s) e diagnóstico - definição dos diversos problemas envolvidos e da relação entre eles, esclarecimentos diagnóstico (ex. possíveis causas fisiológicas do problema), diagnóstico provisório (segundo CID

10 ou DSM IV) e definição da indicação psicoterapêutica (ou seja, qual método psicoterapêutico é o mais indicado);

Escolha do(s) problema(s) a ser(em) tratado(s)

Análise do(s) problema(s)

Análise comportamental - escolha do comportamento problemático, análise da sua incidência (em que situações, com que frequência, acompanhado de que pensamentos, emoções, com que consequências);

Análise motivacional - análise do valor do comportamento problemático: que objetivos são perseguidos com ele? Quais motivos influenciam a vida da pessoa? O comportamento se origina de conflitos entre objetivos distintos?

Análise sistêmica - análise da pertinência do indivíduo a diferentes sistemas sociais, com regras e exigências distintas e, por vezes contraditórias e a influência dessa pertinência sobre seu comportamento;

Origem e desenvolvimento do problema: Anamnese, geração de hipóteses sobre a origem do problema;

Condensamento do conhecimento ganho até então: geração de um modelo etiológico individual

Análise do objetivo

Pré-requisitos da mudança (de comportamento) - consideração dos lados positivo e negativo do comportamento atual (problemático), definição da motivação para a mudança, determinação dos fatores ambientais que auxiliam a mudança e daqueles que a atrapalham;

Determinação dos objetivos - quais os objetivos perseguidos pelas partes envolvidas (paciente, terapeuta, terceiros), formulação de objetivos e dos passos necessários para alcançá-los;

Relacionamento paciente-terapeuta - o relacionamento entre paciente e terapeuta é tal que permite um trabalho produtivo? Como mantê-lo (ou modificá-lo)?

Análise dos meios

Pontos de partida: quais pessoas devem ser envolvidas na mudança? Com quais situações, problemas, pessoas começar?

Princípios da mudança - com base na análise do problema, quais passos devem ser dados? Como? Explicação da lógica do tratamento (dos passos a serem dados) ao paciente

Planejamento concreto da terapia - que novos comportamentos devem ser aprendidos, em que situação? Como? Definir os parâmetros formais (frequência das consultas, duração da terapia) e determinar se outros tratamentos (ex. medicamentos) são necessários. Definir exatamente (de forma observável) o que se considera "sucesso"

Teste e avaliação dos passos definidos - realização dos passos tal qual definidos anteriormente, sempre levando em conta de que as hipóteses sobre as quais elas se baseiam são provisórias e, assim, modificáveis sempre que necessário. Avaliação permanente de cada um dos passos e dos diferentes objetivos alcançados. Término da terapia.

## Eficácia

Estudos científicos feitos por Aaron Beck (um dos fundadores da terapia cognitiva) e vários de seus alunos demonstram a eficácia a longo prazo da terapia cognitiva para depressão, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico, fobia social, TOC, agressão sexual, esquizofrenia e transtornos internalizantes na infância. Nos casos de depressão e pânico os resultados foram especialmente promissores e mais duradouros.

A TCC também se provou eficaz no tratamento de transtorno bipolar, TDAH aliado à medicação, anorexia nervosa, transtorno dismórfico corporal, colecionismo patológico, jogo patológico, TEPT em crianças que sofreram abuso, TOC em crianças e transtorno afetivo sazonal.

Estudos na área da psicologia da saúde também têm demonstrado a eficácia da TCC no apoio psicológico perante condições médicas, incluindo doenças coronarianas, hipertensão, câncer, dor de cabeça, dor crônica, dor lombar crônica, síndrome da fadiga crônica, artrite reumatóide, síndrome pré-menstrual e síndrome do cólon irritável.

## Raízes filosóficas

Os precursores de certos aspectos fundamentais da TCC foram identificados em várias tradições filosóficas antigas, particularmente o estoicismo. Os filósofos estoicos, particularmente Epiteto, acreditavam que a lógica poderia ser usada para identificar e descartar crenças falsas que levam a emoções

destrutivas, o que influenciou a maneira como os terapeutas cognitivo-comportamentais modernos identificam distorções cognitivas que contribuem para a depressão e a ansiedade. Por exemplo, o manual de tratamento original de Aaron T. Beck para depressão afirma: "As origens filosóficas da terapia cognitiva podem ser rastreadas até os filósofos estoicos". Outro exemplo de influência estoica sobre os teóricos cognitivos é Epictetus em Albert Ellis. Uma figura filosófica estoica chave que também influenciou o desenvolvimento da TCC foi John Stuart Mill.

### **Desenvolvimento posterior**

Nos últimos 15 anos, a psicologia cognitivo-comportamental tem procurado expandir-se, desenvolvendo novos conceitos e técnicas para o tratamento de transtornos mentais, para os quais as técnicas tradicionais não apresentavam a efetividade desejada. Esse desenvolvimento posterior, chamado de "terceira onda" da terapia cognitivo-comportamental (sendo a "primeira onda" a terapia comportamental e a segunda a terapia cognitiva), procurou desenvolver mais o trabalho com as emoções e com o conceito de mente alerta, além de trazer uma maior aproximação com o corpo teórico das outras escolas psicoterapêuticas, sobretudo a psicanálise, a gestaltoterapia e a abordagem centrada na pessoa. Dentre essas novas formas de psicoterapia se destacam:

A terapia do esquema, desenvolvida por Jeffrey Young sobretudo para o tratamento de transtornos de personalidade;

a CBASP, desenvolvida por J. McCullough para o tratamento dos diversos tipos de depressão crônica;

a ACT (terapia de aceitação e compromisso), desenvolvida por S. C. Hayes e seus colaboradores, baseada no conceito da mente alerta.

### **Críticas**

#### **Eficácia Relativa**

Investigação feita sobre TCC tem sido tópico de contínua controvérsia. Enquanto alguns investigadores escrevem que as TCC são mais mais eficazes que outros tratamentos, muitos outros investigadores e praticantes têm interrogado a validade dessas afirmações. Por exemplo, um estudo determinou ser a TCC superior a outros tratamentos da ansiedade e depressão. Contudo, investigadores respondendo directamente a esse estudo efectuaram a re-

análise e não encontraram provas da superioridade da TCC perante outros tratamentos fidedignos, e efectuaram uma análise de treze outros ensaios clínicos de TCC e concluíram que esses não davam provas de superioridade das TCC.

Uma das maiores críticas aos estudos clínicos da eficácia das TCC (ou qualquer outra psicoterapia) é não serem são duplamente cegos (i.e., ou os sujeitos ou os terapeutas nos estudos de psicoterapias estão cegos ao tipo de tratamento, ou seja estão conscientes da terapia aplicada). Podem ser somente cegos, i.e. o avaliador pode não saber o tratamento aplicado ao paciente, mas nem o paciente nem o terapeuta estão cegos ao tipo de terapia dada (duas em três pessoas envolvidas nos estudos, i.e., todas as pessoas envolvidas no tratamento, não são cegas). O paciente é um participante activo na correcção de ideias distorcidas negativas, por isso bem consciente do grupo de tratamento em que se encontra.

A importância da cegueira dupla foi demonstrada em meta-análises que examinaram a eficácia das TCC quando um placebo de controlo e cegueira foram introduzidos. Foram analisados dados agrupados de testes de TCC publicados sobre esquizofrenia, grande depressão e bipolaridade que usaram controlos para efeitos não específicos de intervenção.

Este estudo concluiu que as TCC não são melhores que as intervenções não específicas de controlo no tratamento de esquizofrenia e não reduz as taxas de recaída; os efeitos do tratamento são pequenos em estudos de tratamento de grande depressão e não é uma estratégia eficaz para a prevenção de recaídas na bipolaridade. Para a grande depressão, os autores notam que a dimensão do efeito agrupado foi muito baixo. Ainda assim, os processos metodológicos usados para seleccionar os estudos para meta-análise anteriormente referidos e o seu valor foram postos em causa.

### **Princípios básicos**

Jürgen Margraf oferece uma lista de dez princípios básicos que caracterizam os diversos métodos conceituais da TCC:

A TCC se orienta no conhecimento empírico da psicologia científica;

a TCC se orienta no problema (sintoma) atual do paciente;

a TCC baseia-se na análise dos fatores de vulnerabilidade (predisposições), fatores desencadeadores e mantenedores dos transtornos mentais;

por se orientar no problema, a TCC é também orientada para um objetivo definido (a modificação do comportamento problemático);

a TCC é voltada para a ação e não apenas para a tomada de consciência (ing. insight, al. Einsicht) e uma compreensão mais profunda do problema;

a TCC não se restringe à situação terapêutica, mas se estende à vida diária do indivíduo;

a TCC é transparente, tanto quanto a seus objetivos quanto a seus meios;

a TCC procura ser uma ajuda para a autoajuda, ou seja, acentua a responsabilidade do próprio paciente no processo terapêutico e

a TCC se esforça por estar em desenvolvimento constante.

### **Efeitos secundários**

As TCC são geralmente vistas como tendo muito poucos, se não mesmo nenhuns, efeitos secundários. Têm sido feito apelos para maiores estudos sobre os efeitos secundários.

### **Comportamento**

O comportamento é definido como o conjunto de reações de um sistema dinâmico face às interações e renovação propiciadas pelo meio onde está envolvido. Exemplos de comportamentos são: comportamento social, comportamento humano, comportamento informacional (o que o indivíduo faz com relação à informação), comportamento animal, comportamento atmosférico etc.

### **Terapia cognitiva**

O termo terapia cognitiva pode designar em psicoterapia:

em sentido restrito a abordagem psicoterapêutica criada por Aaron Beck;

um grupo de abordagens que se baseiam no conceito de cognição, sobretudo a abordagem de Beck, a terapia racional-emotiva de Albert Ellis e o método de autoinstrução de Donald Meichenbaum.

No centro das terapias cognitivas se encontram as cognições. Cognições englobam atitudes, pensamentos, valores, juízos, e convicções. As terapias cognitivas partem do princípio de que a maneira como pensamos determina o modo como nos sentimos, nos comportamos e nossas reações corporais, e dão ênfase:

à tomada de consciência das próprias cognições;

à verificação de quão razoáveis, apropriadas ou realísticas tais cognições são;

à correção de cognições irracionais ou inapropriadas e

à transferência das cognições corrigidas na forma de comportamento

A esse processo dá-se o nome de reestruturação cognitiva. As terapias cognitivas destacam o processo ativo da construção da percepção: não a realidade objetiva, mas a visão subjetiva - os processos de seleção e de juízo da percepção - determinam de modo decisivo o comportamento. Essa visão fenomenológica aproxima as terapias cognitivas da psicologia humanista.

A ênfase no embasamento empírico aproxima as terapias cognitivas da terapia comportamental, levando assim ao surgimento da terapia cognitivo-comportamental.

## **Terapia comportamental**

O termo terapia comportamental designa uma série de abordagens psicoterapêuticas que se baseiam no conhecimento teórico do behaviorismo.

### **Introdução histórica**

Certos aspectos fundamentais da terapia comportamental já existiam em diversas correntes filosóficas, sobretudo no estoicismo.

O termo foi provavelmente utilizado pela primeira vez em 1953 em um projeto de pesquisa de B. F. Skinner. Seu primeiro uso em uma publicação científica se deu em 1954 em um artigo de Arnold A. Lazarus no *Jornal Médico Sul-*

Africano (South African Medical Journal) Entre outros pioneiros podem-se citar Joseph Wolpe e Hans Eysenck.

De maneira geral considera-se que a terapia comportamental teve sua origem em três grupos de pesquisa distintos: na África do Sul (Wolpe e Lazarus), nos Estados Unidos (Skinner) e no Reino Unido (Rachman e Eysenck). Cada um desses grupos tinha uma abordagem própria na compreensão dos problemas de comportamento. Eysenck, por exemplo, considerava os transtornos de comportamento como resultado da interação entre características da personalidade, do meio-ambiente e do comportamento em si. Já o grupo de Skinner nos Estados Unidos deram maior ênfase aos processos ligados ao condicionamento operante.

Na segunda metade do século XX, enquanto muitos terapeutas permaneciam fiéis ao paradigma do condicionamento operante. Enquanto em determinadas situações o uso da abordagem cognitiva consolida o efeito terapêutico da abordagem comportamental (ex. a evidência empírica sugere que o uso de intervenções cognitivas melhora o resultado no tratamento de fobia social). Com base nessa observação desenvolveram-se novas abordagens com uma renovada ênfase nos princípios do condicionamento operante, unindo-os, no entanto, com a análise comportamental, método que permite uma melhor compreensão do comportamento em seu contexto. Tais abordagens, conhecidas com o nome genérico de terapias da terceira geração. No entanto, por serem excessivamente recentes, tais abordagens necessitam ainda de uma maior evidência empírica.

## **Transtorno depressivo maior**

### **Depressão**

Distúrbio depressivo maior (DDM) ou transtorno depressivo maior, conhecido simplesmente como depressão, é um distúrbio mental caracterizado por pelo menos duas semanas de depressão que esteja presente na maior parte das situações. É muitas vezes acompanhado de baixa autoestima, perda de interesse em atividades de outra forma aprazíveis, pouca energia e dor sem uma causa definida. As pessoas podem ocasionalmente manifestar delírios ou alucinações. Algumas pessoas apresentam episódios de depressão separados por um intervalo de vários anos em que o comportamento é normal, enquanto outras manifestam sintomas de forma quase permanente. A depressão pode afetar de forma negativa as relações familiares da pessoa, o trabalho, a vida escolar, o sono, as refeições e a saúde em geral. Entre 2 a 7% dos adultos com depressão morrem de suicídio e cerca

de 60% das pessoas que morrem por suicídio apresentavam depressão ou outro distúrbio de humor.

Acredita-se que a condição seja causada por uma combinação de fatores genéticos, ambientais e psicológicos. Entre os fatores de risco estão história de depressão na família, alterações significativas na vida, determinados medicamentos, problemas de saúde crônicos e consumo de drogas. Cerca de 40% do risco aparenta estar relacionado com a genética. O diagnóstico de distúrbio depressivo maior tem por base a descrição das experiências por parte da pessoa e a avaliação do estado mental. Embora não existam exames de laboratório específicos para a doença, podem ser realizados exames para descartar outras condições que causam sintomas semelhantes. A depressão é diferente da tristeza, que é uma parte normal da vida e é menos grave. Um estudo de revisão da Colaboração Cochrane não encontrou evidências suficientes que apoiem o rastreio da doença.

O tratamento consiste geralmente em aconselhamento psiquiátrico e medicamentos antidepressivos. Embora a medicação aparente ser eficaz, o efeito pode ser significativo apenas nos casos graves. Não é ainda claro se a medicação afeta o risco de suicídio. Entre os tipos de aconselhamento psiquiátrico estão a terapia cognitivo-comportamental e a terapia interpessoal. Se outras medidas não se revelarem eficazes, pode ser considerada a terapia eletroconvulsiva. Em casos em que a pessoa é um risco para si própria, pode ser considerado o internamento hospitalar involuntário.

Em 2013, o distúrbio depressivo maior afetava aproximadamente 235 milhões de pessoas em todo o mundo (3,6%). A percentagem de pessoas afetadas em determinado momento da vida varia entre 7% no Japão e 21% em França. A taxa ao longo da vida é maior nos países desenvolvidos (15%) do que nos países em vias de desenvolvimento (11%). A doença é a segunda maior causa de anos de vida com incapacidade, apenas atrás da dor de costas. Os sintomas aparecem geralmente entre os 20 e os 40 anos de idade. A doença é duas vezes mais comum entre mulheres do que entre homens. As pessoas afetadas podem ser alvo de estigma social. Em 1980, a Associação Americana de Psiquiatria acrescentou o distúrbio depressivo maior ao Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), separando-a das neuroses depressivas do DSM-II, que também incluíam as condições atualmente denominadas distímia e distúrbios de adaptação.

## Sinais e sintomas

Os sintomas depressivos podem ser divididos entre: cognitivos, fisiológicos e comportamentais.

## Cognitivos

Humor deprimido: desânimo persistente, tristeza, baixa autoestima, sentimentos de inutilidade, vazio, culpa ou/e irritabilidade;

Redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades, antes consideradas como agradáveis;

Diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar, memorizar ou de tomar decisões;

Ideação suicida.

## Fisiológicos

Fadiga ou sensação de perda de energia;

Alterações do sono (mais frequentemente insônia, podendo ocorrer também sonolência excessiva ou sono interrompido);

Alterações do apetite (mais comumente perda do apetite, podendo ocorrer também aumento do apetite);

Redução do interesse e prazer sexual;

Agitação motora, inquietude;

Alterações dos ritmos circadianos (dormir fora de hora).

## Evidências comportamentais

Retraimento social (isolamento social);

Chorar mais e com mais frequência;

Comportamentos suicidas;

Retardo psicomotor e lentificação generalizada, ou agitação psicomotora;

Tentativa de suicídio.

Comportamento autodestrutivo (automutilação).

Os pacientes costumam aludir ao sentimento de que tudo lhes parece fútil, ou sem real importância. Acreditam que perderam, de forma irreversível, a capacidade de sentir alegria ou prazer na vida. Tudo lhes parece vazio e sem graça, o mundo é visto "sem cores", sem matizes de alegria. Em crianças e adolescentes, sobretudo, o humor pode ser irritável, ou "rabugento", ao invés de triste. Certos pacientes mostram-se antes "apáticos" do que tristes,

referindo-se muitas vezes ao "sentimento da falta de sentimentos". Constatam, por exemplo, já não se emocionarem com a chegada dos netos, ou com o sofrimento de um ente querido, e assim por diante.

Existem diversos testes psicológicos para medir a presença e intensidade da depressão, dentre elas um dos mais populares é o BDI.

### **Sintomas psicóticos**

Os delírios depressivos incluem um sentimento excessivo e angustiante de culpa, de punição merecida, delírios de ruína (incluindo a sensação de estar apodrecendo, desintegrando ou sendo esmagado) e delírios niilistas (que podem configurar a síndrome de Cotard, quando incluem negação de órgãos e negação da morte). As alucinações congruentes com humor depressivo podem ser por exemplo de pessoas, espíritos ou vozes que condenam o paciente, ameaças de demônios ou choro de defuntos. É raro quando não são congruentes com a depressão e podem indicar a presença de um transtorno psicótico.

#### **Classificação**

Segundo a versão atual de classificação internacional de doenças[21] a depressão pode ser classificada como:

F32 - Episódio depressivo (caso seja o primeiro episódio)

32.0 - Episódio depressivo leve: Dois ou três sintomas sem grave prejuízo nas atividades diárias;

32.1 - Episódio depressivo moderado: Quatro ou mais sintomas com sério prejuízo nas atividades diárias;

32.2 - Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos: Muitos sintomas muito intensos, severo prejuízo nas atividades diárias, ideação suicida elevada e com ou sem sintomas somáticos;

32.3 - Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos: episódio depressivo grave acompanhado de alucinações, ideias delirantes, lentidão psicomotora ou de estupor de uma gravidade tal que todas as atividades sociais normais tornam-se impossíveis; pode existir o risco de suicídio, de desidratação ou de desnutrição. As alucinações e os delírios podem não corresponder ao caráter dominante do distúrbio afetivo;

F33 - Transtorno depressivo recorrente: Caso não seja o primeiro episódio depressivo;

F34 - Distímia: Rebaixamento crônico do humor, persistindo ao menos por vários anos.

F38 - Episódios depressivos recorrentes breves

A depressão é muitas vezes classificada como distímia quando os sintomas permanecem por períodos muito longos de tempo (pelo menos seis meses) de forma "leve", enquanto que nas ocorrências graves da depressão os sintomas atingem proporções incontroláveis, impossibilitando as atividades normais do indivíduo e obrigando a internação devido ao alto risco de suicídio.

Do ponto de vista didático, a depressão clínica pode ser dividida em 6 tipos principais.

Depressão maior

Os pacientes com este tipo de depressão apresentam pelo menos 5 dos sintomas listados a seguir, por um período não inferior a duas semanas:

Desânimo na maioria dos dias e na maior parte do dia (em adolescentes e crianças há um predomínio da irritabilidade)

Falta de prazer nas atividades diárias

Perda do apetite e/ou diminuição do peso

Distúrbios do sono — desde insônia até sono excessivo — durante quase todo o dia

Sensação de agitação ou languidez intensa

Fadiga constante

Sentimento de culpa constante

Dificuldade de concentração

Ideias recorrentes de suicídio ou morte

Começa a se preocupar com os pequenos problemas da vida

Tem dificuldade para tomar banho, ler um livro e até coisas simples como assistir televisão

Automutilação

Além dos critérios acima, devem ser observados outros pontos importantes: os sintomas citados anteriormente não devem estar associados a episódios maníacos (como no transtorno bipolar); devem comprometer actividades importantes (como o trabalho ou os relacionamentos pessoais); não devem ser causados por drogas, álcool ou qualquer outra substância; e devem ser diferenciados de sentimentos comuns de tristeza. Geralmente, os episódios de depressão duram cerca de vinte semanas.

Os sintomas da depressão em adolescentes podem ser diferentes das dos adultos, incluindo tristeza persistente, incapacidade de se divertir com suas atividades favoritas, teimosia constante, irritabilidade acentuada, queixas frequentes de problemas como dores de cabeça e cólicas abdominais, mau desempenho escolar, desânimo, concentração ruim, alterações nos padrões de sono e de alimentação ou queixas frequentes de não quer ir à aula.

### Distímia

A depressão crônica leve, ou distímia, caracteriza-se por vários sintomas também presentes na depressão maior, mas eles são menos intensos e duram muito mais tempo — pelo menos 2 anos. Os sintomas são descritos como uma "leve tristeza" que se estende na maioria das atividades. Em geral, não se observa distúrbios no apetite ou no desejo sexual, mania, agitação ou comportamento sedentário. Os distímicos cometem suicídio na mesma proporção dos deprimidos graves. Talvez devido à duração dos sintomas, os pacientes com depressão crônica não apresentam grandes alterações no humor ou nas atividades diárias, apesar de se sentirem mais desanimados e desesperançosos, e serem mais pessimistas. Os pacientes crônicos podem sofrer episódios de depressão maior (estes casos são conhecidos como depressão dupla).

### Depressão atípica

As pessoas com esta variedade geralmente comem demais, dormem muito, sentem-se muito enfadadas e apresentam um sentimento forte de rejeição.

### Depressão pós-parto

Após o parto é comum ocorrer um forte declínio dos hormônios, resultando em um período de anedonia e apatia conhecido como "Baby blues", que caso persista pode se tornar uma "depressão pós-parto". Essa persistência ocorre em cerca de 6,8 a 16,5% das mulheres adultas e até 26% das adolescentes. E

não afeta só as mães, os pais também experenciam o "baby blues" em 25% dos casos.

Este tipo de depressão pode deve-se não só as mudanças hormonais como também à grande ansiedade, desgaste e frustrações comuns na gravidez, sendo mais pro alterações com o nascimento de um bebê. Por vezes surgem desconfortos, mal-estar e dores que podem agravar o estado emocional e hormonal da recente mãe. Quanto mais estressante for uma gravidez mais provável que resulte em depressão.

Os partos traumáticos (sejam eles naturais, normais ou cirúrgicos) que por alguma razão fizeram com que a mulher passasse por uma experiência de violência obstétrica, como partos mau sucedidos, forçados, prematuros ou que teve uma má orientação dos profissionais de saúde e posteriormente obrigaram a mãe a passar por outros procedimentos pós-parto que foram desconfortáveis podem estar na origem de depressões de causas físicas.

#### Distúrbio afetivo sazonal (DAS)

Este distúrbio caracteriza-se por episódios anuais de depressão durante o outono ou o inverno, que podem desaparecer na primavera ou no verão, quando então tendem a apresentar uma fase maníaca.

Este distúrbio tem como principal fator a falta de sol, sendo bem comum nos países onde a luz solar dura poucas horas. É menos comum em países onde a temperatura gira em torno de 20 a 30 °C.

A D.A.S. (S.A.D. em inglês) atinge cerca de 7% da população da Inglaterra.

Outros sintomas incluem fadiga, tendência a comer muito doce e dormir demais no inverno, mas uma minoria come menos do que o costume e sofre de insônia.

Dentre os tratamentos recomendados, deve-se ficar próximo às janelas durante o período diurno, sair para locais abertos com frequência durante o dia, decorar quartos, mesas, salas com itens coloridos, e fototerapia.

#### Tensão pré-menstrual (TPM)

Há depressão acentuada, irritabilidade e tensão antes da menstruação. Afeta entre 40 a 75% das mulheres em idade fértil. O diagnóstico baseia-se na presença de pelo menos 5 dos sintomas descritos no tópico depressão maior na maioria dos ciclos menstruais, havendo uma piora dos sintomas cerca

de uma semana antes da chegada do fluxo menstrual, melhorando logo após a passagem da menstruação.

## Pesar

O pesar, também conhecido como reação de luto, não é um tipo de depressão, mas ambas possuem muito em comum. Na verdade, pode ser difícil diferenciá-los. O pesar, contudo, é considerado uma resposta emocional saudável e importante quando se lida com perdas. Normalmente é limitado. Nas pessoas sem outros distúrbios emocionais, o sentimento de aflição dura entre três e seis meses.

A pessoa passa por uma sucessão de emoções que incluem choque e negação, solidão, desespero, alienação social e raiva. O período de recuperação consome outros 3 a 6 meses. Após esse tempo, se o sentimento de pesar ainda é muito intenso, ele pode afetar a saúde da pessoa ou predispor-la ao desenvolvimento de uma depressão propriamente dita.

São encontrados no pesar os mesmos sintomas da depressão:

Perda de vontade para realizar as atividades diárias;

Alterações de humor;

Alteração no sono;

Alterações no apetite;

Luto constante;

Ideia fixa em relação a perda;

Introspecção (sentimento de inferioridade, "recolher-se ao seu próprio mundo" e etc.)

## Causas

As causas da depressão são inúmeras e controversas. Acredita-se que a genética, alimentação, stress, estilo de vida, rejeição, problemas na escola e outros fatores estão relacionados com o surgimento ou agravamento da doença.

Sabe-se hoje que a depressão é associada a um desequilíbrio em certas substâncias químicas no cérebro e os principais medicamentos antidepressivos têm por função principal agir no

restabelecimento dos níveis normais destas substâncias, principalmente a serotonina.

### **Fatores psicossociais**

As pessoas que já experimentaram períodos de depressão relatam um acontecimento estressante como o fator precipitante da doença. A perda recente de uma pessoa amada é o fato mais citado, mas todas as grandes perdas (e mesmo as pequenas) causam um certo pesar. Também a falta de amigos, que pode ocorrer devido a vários factores, desde a rejeição, até à falta de interesses em comum, leva à solidão indesejada e é um factor de risco que frequentemente leva à depressão, principalmente durante a adolescência. Acontecimentos traumáticos, como a perda súbita de um ente querido, ou mesmo eventuais mudanças de cidade, podem causar uma depressão profunda, sendo necessário um longo período de recuperação. A maioria das pessoas supera este estado sem se tornar cronicamente deprimida. Alguns fatores genéticos ou biológicos podem explicar a maior vulnerabilidade de certas pessoas. A existência ou a ausência de uma forte rede social ou familiar também influenciam – positiva ou negativamente – na recuperação.

Algumas pessoas podem sofrer com a doença pelo fato de trocar de uma cidade muito boa, para uma pior e que não oferece nada em troca. É um grande fator de risco, por exemplo, uma pessoa que tem vários amigos ir para outra cidade que não tenha ninguém. As pessoas afetadas criam um bloqueio de aceitação. Desse modo acabam se desanimando das atividades comuns do dia-a-dia e com o passar do tempo o desânimo aumenta, a pessoa perde a motivação da vida, e isso gera uma grande tristeza. Esse é um fator comum que afeta mais os jovens e os adultos.

Dentre os fatores psicossociais causadores de depressão, problemas relacionados à convivência e relacionamento no ambiente de trabalho também têm fundamental importância para o desenvolvimento da doença em questão.

Para o behaviorismo um dos fatores correlacionados com a depressão é o desamparo aprendido, que é a diminuição de comportamentos saudáveis resultante de várias punições que aconteciam não importando o que o indivíduo fizesse (punições não-contingentes).

Fatores biológicos

Alterações nos níveis de neurotransmissores (principalmente serotonina, acetilcolina, dopamina, adrenalina e noradrenalina) relacionam-se à susceptibilidade para depressão. Alguns hormônios também podem ter um papel importante – ainda que isto não esteja muito claro. Ainda, atrofias em certas áreas do cérebro (particularmente no lobo pré-frontal) responsáveis pelo controle das emoções e produção de serotonina são responsáveis por distúrbios depressivos importantes.

Na Mania por outro lado, quando existe excesso desses neurotransmissores, os sintomas são de euforia, sensação de energia ilimitada, necessidade de poucas horas de sono, pensamentos acelerados, impulsividade, irritabilidade e dificuldade de se controlar.

Evidências neurobiológicas mostram uma forte relação entre depressão com transtornos de ansiedade. Aproximadamente 85% dos pacientes com depressão tem sintomas de ansiedade significativos e 90% dos pacientes com transtornos de ansiedade experienciam depressão em algum momento.

Um estudo, em 2016, utilizando os registros médicos eletrônicos e dados de ADN associados de mais de 28.000 indivíduos, mostra que o DNA Neanderthal produziu efeitos pequenos, mas significativos, sobre os riscos de desenvolvimento depressão, lesões de pele, e coagulação sanguínea excessiva.

### **Fatores Físicos (Traumatismos)**

Em algumas depressões podem ser encontradas causas físicas para a sua existência. Há muito que se sabe que muitos dos nossos traumatismos e acidentes físicos ficam registados no nosso corpo em conjunto com as emoções que sofremos na altura do acidente traumatismo.

Isto cria situações somato emocionais que muitas das vezes perpetuam as dores ou alteram a pessoa por completo em termos emocionais. São bem conhecidos os resultados de diversas terapias dirigidas ao físico que fazem libertação somato emocional e alteram por completo o estado emocional da pessoa.

Em algumas situações problemas físicos podem criar um desgaste e uma tensão demasiado grande sobre o corpo e sobre o sistema nervoso que desencadeiam ou agravam o estado depressivo. Nestas situações devem-se corrigir os diversos problemas físicos. Infelizmente muitas das vezes não existem quaisquer sintomas da sua existência pelo que estes costumam passar completamente despercebidos.

## Outros fatores relacionados ao desenvolvimento de depressão

### Medicamentos

como betabloqueadores, benzodiazepínicos, corticosteroides, anti-histamínicos, analgésicos e antiparkinsonianos podem causar depressão, bem como a retirada de qualquer medicação utilizada a longo prazo. Vários estudos científicos têm encontrado correlações estatísticas entre alguns defensivos agrícolas e depressão.

Alguns tipos de drogas podem levar a depressão crônica ou a não crônica. A benzoilmetilecgonina (Cocaína) e o Erythroxyton Coca (Extrato de Coca ou Pasta Base de Coca), são as principais que possivelmente podem levar a depressão crônica, capazes de alterar completamente o sistema nervoso em menos de 15 segundos após o uso. Já a depressão não crônica, vem geralmente de genética ou causada por distúrbios perante a vida.

### Diagnóstico

Caso a depressão seja intercalada com um ou mais episódio maníaco passa a ser denominado como transtorno bipolar de humor ou como ciclotimia dependendo da duração dos episódios.

A esquizofrenia e outros transtornos do tipo psicótico com predomínio de sintomas negativos frequentemente são confundidos com uma depressão severa.

Caso o humor depressivo seja tão duradouro que se torne parte da personalidade da pessoa, e não apenas um episódio, então passa a ser considerado um transtorno de personalidade como o transtorno de personalidade esquiva ou transtorno de personalidade esquizoide.

Muitas doenças endócrinas também podem levar a um quadro depressivo, dentre elas:

Hipotireoidismo (Problema no funcionamento da tireoide)

Doença de Addison (Problema nas glândulas suprarrenais)

Síndrome de Sheehan (Problema na hipófise)

Síndrome da fadiga crônica

Anemias

Transtornos neurológicos como acidente vascular cerebral, demência vascular, Alzheimer e mal de Parkinson também frequentemente geram quadros depressivos sérios. Mesmo algumas doenças infecciosas como AIDS e mononucleose também já foram correlacionadas com sintomas depressivos.

## Tratamento

A cultura popular associa depressão como um estado de humor da pessoa e que ela pode se curar sozinha. Isso faz com que as pessoas não encarem a depressão como uma doença e não procurem ajuda médica.

A maioria das pessoas que possuem um quadro clínico depressivo não conhece ou não procura ajuda médica especializada apesar da grande possibilidade de tratamento efetivo. O tratamento geralmente envolve uma medicação antidepressiva, prescrita por pelo menos 12 meses para evitar recaídas, e algumas vezes acompanhada de psicoterapia. Em 2015, pesquisadores da "UT Southwestern Medical Center" descobriram que o aumento dos níveis de uma molécula de sinalização encontrada no cérebro podem alterar positivamente a resposta ao estresse, revelando um potencial novo alvo terapêutico para o tratamento da depressão.

A eletroconvulsoterapia (ECT) é utilizada para indivíduos com depressão grave e que não tiveram resposta satisfatória ao tratamento medicamentoso. A Estimulação Magnética Transcraniana repetitiva (EMTr) ou em inglês Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) pode ser uma alternativa para os pacientes resistentes aos medicamentos.

Sabe-se também que praticar exercícios regularmente e participar de atividades desportivas e sociais pode ajudar o paciente a superar os sintomas da depressão, além de outros benefícios para a saúde.

São exemplos de tratamentos para a depressão:

Medicação

Psicoterapias

Eletroconvulsoterapia

Estimulação Magnética Transcraniana repetitiva

Suplementos alimentares

Atividades físicas

Psicoterapia assistida por psilocibina para o tratamento da depressão está sendo pesquisada. Em 2018 a Food and Drug Administration aprovou um grande estudo de Fase 2 sobre a psilocibina no tratamento da depressão resistente ao tratamento e otorgou o status de Breakthrough Therapy.

## **Medicação**

Os antidepressivos mais usados no tratamento da depressão são os Inibidores seletivos da recaptção da serotonina como a Fluoxetina, a Paroxetina e a Sertralina.

Outros antidepressivos usados são os Antidepressivos tricíclicos, Inibidores da MAO, Inibidores da recaptção de dopamina, Inibidores da recaptção de noradrenalina-dopamina, Inibidores da recaptção de serotonina-noradrenalina e Antidepressivos tetracíclicos.

O principal mecanismo de ação dos antidepressivos é provocando o aumento de neurotransmissores, como as aminas biogênicas (serotonina, dopamina e noradrenalina). Apesar do nome, alguns antidepressivos também são usados com sucesso em tratamento de diversos outros transtornos, como os de ansiedade, fobias, transtorno obsessivo-compulsivo e migrânea.

Quanto mais específicos em sua ação, menos efeitos colaterais eles apresentam.

## **Epidemiologia**

Estima-se que cerca de 15 a 20% da população mundial, em algum momento da vida, sofreu de depressão. A depressão é mais comum em pessoas com idade entre 24 e 44 anos. Dependendo do motivo pode ser dada a crianças e adolescentes como separação dos pais, problemas na escola, sexualidade, rejeição e principalmente bullying. A prevalência-ano para a depressão maior, é de 0,4 a 3,0% em crianças e de 3,3 a 12,4% em adolescentes.

Em alguns países como a Austrália, uma em cada quatro mulheres e cerca de um em cada oito homens já sofreu de depressão. O início dos estudos sobre a depressão começou na década de 1920. Foi reportado que as mulheres têm duas vezes mais chances de sofrer de depressão do que os homens, mas em contrapartida essa diferença tem diminuído durante os últimos anos. Esta

diferença desaparece completamente entre os 50 e 55 anos. A depressão nervosa é causa comum de aposentadoria por invalidez na América do Norte e em outros países da Europa.

Segundo a OMS, em 2020, a depressão nervosa passará a ser a segunda causa de mortes mundiais por doença, após doenças cardíacas. Pessoas deprimidas têm frequentemente pensamentos mórbidos e a taxa de suicídio entre depressivos é 30 vezes maior do que a média da população em geral. A depressão é considerada em várias partes do mundo como uma das doenças com mais alta taxa de mortalidade.

Estima-se que o risco de desenvolver depressão, ao longo da vida, seja de 10% para os homens e de 20% para as mulheres. É mais frequente em países frios.

Hipócrates criou a teoria dos 4 humores corporais (sangue, fleugma ou pituíta, bÍlis amarela e bÍlis negra) em que o equilÍbrio ou desequilÍbrio era responsável pela saúde (eucrasia) ou enfermidade e dor (discrasia) de um indivíduo. Hipócrates acreditava que a influência de Saturno levava o baço humano a segregar mais bÍlis negra, alterando o humor do indivíduo e escurecendo-o, levando ao estado de melancolia. A palavra melancolia vem de melancolis (melanos=negro e colis=bÍle).

Galeno redescreveu a melancolia. Aureliano falou da agressividade associada à depressão e associou o suicÍdio à depressão.

### **Transtorno de ansiedade**

As perturbações de ansiedade (português europeu) ou transtornos de ansiedade (português brasileiro) são um grupo de perturbações mentais caracterizadas por sentimentos de ansiedade e medo. A ansiedade corresponde à preocupação com acontecimentos futuros, enquanto o medo é uma reação aos acontecimentos do presente. Estes sentimentos podem causar sintomas físicos, como ritmo cardíaco acelerado ou tremores.

Existem várias perturbações de ansiedade conforme as causas dos sintomas, incluindo perturbação de ansiedade generalizada, fobias específicas, agorafobia, perturbação de ansiedade social, perturbação de ansiedade de separação e perturbação de pânico. É frequente as pessoas apresentarem mais de uma perturbação de ansiedade.

As perturbações de ansiedade são causadas por uma combinação de fatores genéticos e ambientais. Entre os fatores de risco estão um historial de abuso infantil, antecedentes familiares de perturbações mentais e pobreza. As perturbações de ansiedade ocorrem muitas vezes a par de outras perturbações, sobretudo perturbação depressiva major, perturbações de personalidade e perturbações induzidas pelo consumo de drogas. Para o diagnóstico ser confirmado, é necessário que os sintomas estejam presentes durante pelo menos seis meses, que sejam mais intensos do que aquilo que seria expectável para a situação e que diminuam a função. Entre outras condições médicas e psiquiátricas que podem causar sintomas semelhantes estão o hipertiroidismo, doenças cardiovasculares, consumo de cafeína, tabaco ou canábis e a abstinência de determinadas drogas.

Sem tratamento, as perturbações de ansiedade tendem a permanecer. O tratamento pode consistir em alterações do estilo de vida, psicoterapia e medicamentos. A psicoterapia consiste geralmente em terapia cognitivo-comportamental.

Os medicamentos, como os antidepressivos ou os betabloqueadores, podem melhorar os sintomas. As perturbações de ansiedade ocorrem com o dobro da frequência em mulheres do que em homens e têm geralmente início antes dos 25 anos de idade. Em dado ano, cerca de 12% das pessoas são afetadas por uma perturbação de ansiedade. As mais comuns são as fobias específicas, que afetam 12% das pessoas em algum momento da vida, e a perturbação de ansiedade social, que afeta 10%. As perturbações de ansiedade afetam de forma mais comum as pessoas entre os 15 e os 35 anos de idade e tornam-se menos comuns após os 55 anos. A prevalência aparenta ser maior nos Estados Unidos e na Europa.

### **Depressão (humor)**

Depressão é um transtorno mental caracterizado por aversão a atividade. Pode afetar os pensamentos, comportamentos, sentimentos e o bem-estar de uma pessoa. As pessoas deprimidas podem sentir-se tristes, ansiosas, vazias, desesperadas, preocupadas, impotentes, inúteis, culpadas, irritadas, magoadas ou inquietas. Podem perder o interesse em atividades que antes eram prazerosas, podem perder o apetite ou comer demais, apresentar problemas de concentração, dificuldade para lembrar detalhes ou tomar decisões e podem contemplar ou tentar o suicídio. Problemas de insônia, sono excessivo, fadiga, perda de energia, mudança na alimentação, sofrimento, dores ou problemas digestivos resistentes a tratamento também podem estar presentes.

## **Causas**

### **Eventos da vida**

Mudanças e eventos de vida que podem precipitar o humor deprimido incluem o parto, menopausa, sedentarismo, dificuldades financeiras, problemas de trabalho, a perda de um amigo ou ente querido, casamento, desastres naturais (terremotos, furacões, tornados etc.), problemas de relacionamento, problemas de família ou até mesmo falta de atenção familiar, separação, luto ou lesão causada por catástrofe.

### **Tratamentos médicos**

Certos medicamentos são conhecidos por causar humor deprimido em um número significativo de pacientes. Dentre eles, estão as drogas para tratamento da hepatite C e alguns medicamentos usados para tratar a pressão arterial alta, tais como os betabloqueadores e a reserpina.

### **Doenças não psiquiátricas**

O humor deprimido pode ser o resultado de uma série de doenças infecciosas, condições neurológicas e problemas fisiológicos, incluindo hipoandrogenismo (nos homens), doença de Addison, doença de Lyme, esclerose múltipla, dor crônica, acidente vascular cerebral, diabetes, câncer, apneia do sono e ritmo circadiano perturbado. Muitas vezes, é um dos primeiros sintomas de hipotireoidismo (diminuição da atividade da glândula tireoide).

### **Síndromes psiquiátricas**

Um número de síndromes psiquiátricas apresenta o humor deprimido como sintoma principal. Os transtornos de humor são um grupo de distúrbios considerados perturbações primárias do humor. Estes incluem o transtorno depressivo maior (comumente chamado de depressão maior ou depressão clínica), onde uma pessoa tem pelo menos duas semanas de humor deprimido

ou perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades, e distímia, um estado de humor deprimido crônico, cujos sintomas não atendam à gravidade de um episódio depressivo maior. Outro transtorno de humor, o transtorno bipolar, apresenta um ou mais episódios de níveis anormalmente elevados de humor, cognição e energia, mas também envolvendo um ou mais episódios depressivos. Quando o curso de episódios depressivos segue um padrão sazonal, a doença (transtorno depressivo maior, transtorno bipolar etc.) pode ser descrita como um transtorno afetivo sazonal.

Além dos transtornos do humor, o transtorno de personalidade limítrofe comumente apresenta humor deprimido. O transtorno de ajustamento com humor deprimido é uma perturbação do humor que aparece como uma resposta psicológica a um evento estressante identificável ou em que os sintomas emocionais ou comportamentais resultantes são significativos, mas não satisfazem os critérios para um episódio depressivo maior. :355 O transtorno de estresse pós-traumático é um distúrbio de ansiedade pós-trauma, comumente acompanhado por humor deprimido.

## Tratamento

Humor deprimido pode não exigir tratamento profissional. Se prolongada, especialmente em combinação com outros sintomas, pode conduzir a um diagnóstico de uma condição médica ou psiquiátrica por um terapeuta ou médico, cujo tratamento pode ser benéfico. Diferentes subdivisões de depressão têm diferentes abordagens de tratamento.

A doença atinge em torno de 3% a 5% da população em geral; em pacientes clínicos, a depressão é encontrada em de 9% a 16% dos internados e em de 5% a 10% dos pacientes ambulatoriais. A depressão ainda é erroneamente diagnosticada. Quando diagnosticada corretamente, ainda pode ser tratada de forma errada, comprometendo a evolução dos pacientes.

Se não tratada de forma correta, a depressão pode durar por muito tempo, causando sérios problemas a vida do paciente, comprometendo relações familiares, no trabalho, amizades e aumentando os riscos de suicídio. Dois pontos de extrema importância para o tratamento contra a depressão são: o tempo e a dosagem certa.

A única maneira de saber se os resultados são positivos, é após o início do tratamento, feito junto a um profissional.

## Esquizofrenia

Esquizofrenia é uma perturbação mental caracterizada por comportamento social fora do normal e incapacidade de distinguir o que é ou não real. Entre os sintomas mais comuns estão delírios, pensamento confuso ou pouco claro, alucinações auditivas, diminuição da interação social e da expressão de emoções e falta de motivação. As pessoas com esquizofrenia apresentam muitas vezes outros problemas de saúde mental, como perturbações de ansiedade, depressão ou perturbação por abuso de substâncias. Os sintomas geralmente manifestam-se de forma gradual, desde o início da idade adulta, e permanecem durante um longo período de tempo.

As causas da esquizofrenia incluem fatores ambientais e genéticos. Entre os possíveis fatores ambientais estão o crescimento em ambientes urbanos, o consumo de cannabis, determinadas infeções, a idade dos pais e má nutrição durante a gravidez. Entre os fatores genéticos estão uma série de variações genéticas. O diagnóstico tem por base a observação do comportamento da pessoa, a descrição que faz das experiências pessoais e o seu contexto cultural. À data de 2013 ainda não existia um teste específico. A esquizofrenia não implica ter "personalidade dupla" ou várias personalidades, condições com as quais é confundida na perceção da generalidade das pessoas.

O tratamento geralmente consiste na administração de medicamentos antipsicóticos e aconselhamento psiquiátrico, formação profissional e reabilitação social. Não é ainda claro se são mais eficazes antipsicóticos típicos ou atípicos. Em pessoas que não mostram sinais de melhoria com outros antipsicóticos pode ser administrada clozapina. Nos casos mais graves, em que existe risco para a própria pessoa ou para os outros, pode ser necessário recorrer a internamento hospitalar involuntário, embora atualmente os internamentos sejam mais curtos e menos frequentes do que no passado.

A esquizofrenia afeta entre 0,3 e 0,7% da população mundial em algum momento da vida. Estima-se que em 2013 houvesse 23,6 milhões de casos em todo o mundo. A doença é mais comum entre homens do que entre mulheres. Cerca de 20% das pessoas melhoram e algumas recuperam por completo.

É comum que a esquizofrenia seja acompanhada de problemas sociais, como desemprego de longa duração, pobreza e viver na condição de sem-abrigo. A esperança de vida média das pessoas com a doença é de 10 a 25 anos mais curta do que a média. Isto é resultado do agravamento dos problemas de saúde físicos e de uma taxa de suicídio superior à média (cerca

de 5%). Estima-se que em 2015 tenham morrido 17 000 pessoas por comportamentos relacionados com ou causados pela esquizofrenia.

## **Sinais e sintomas**

A esquizofrenia caracteriza-se essencialmente por uma fragmentação da estrutura básica dos processos de pensamento, acompanhada pela dificuldade em estabelecer a distinção entre experiências internas e externas. Embora primariamente uma doença orgânica neuropsiquiátrica que afeta os processos cognitivos, seus efeitos repercutem também no comportamento e nas emoções.

Os sintomas da esquizofrenia podem variar de pessoa para pessoa, podendo aparecer de forma insidiosa e gradual ou, pelo contrário, manifestar-se de forma explosiva e instantânea. Podem ser divididos em duas grandes categorias: sintomas positivos e negativos.

### Sintomas positivos

Os sintomas positivos estão presentes com maior visibilidade na fase aguda da doença e são as perturbações mentais "muito fora" do normal, como que "acrescentadas" às funções psíquico-orgânicas da pessoa. Entende-se como sintomas positivos

delírios (ideias delirantes, pensamentos irrealis, "ideias individuais do paciente que não são partilhadas por um grande grupo", como, por exemplo, um indivíduo que acha que está a ser perseguido pela polícia secreta e acha que é o responsável pelas guerras do mundo);

alucinações, percepções irrealis de audição, visão, paladar, olfato ou tacto, sendo mais frequentes as alucinações auditivas e visuais;

pensamento e discurso desorganizado (confusão mental), elaboração de frases sem qualquer sentido ou invenção de palavras;

alterações visíveis do comportamento, ansiedade excessiva, impulsos ou agressividade constante na fase de crise.

### Sintomas negativos

Os sintomas negativos são o resultado da perda ou diminuição das capacidades mentais, "acompanham a evolução da doença e refletem um estado deficitário ao nível da motivação, das emoções, do discurso, do pensamento e das relações interpessoais (não confundir com esquizoidia",) como a falta de vontade ou de iniciativa; isolamento social (não confundir com a esquizoidia); apatia; indiferença emocional total e não transitória; pobreza do pensamento".

Estes sinais não se manifestam todos da mesma forma, na pessoa esquizofrênica. Algumas pessoas vêm-se mais afetadas do que outras, ao ponto de muitas vezes impossibilitar-lhes uma vida normal. No entanto, alguns sintomas podem oscilar, aparecer e desaparecer em ciclos de recidivas e remissões.

"Não há, contudo, sinais nem sintomas patognomônicos da doença, podendo-se de alguma forma fazer referência a um quadro prodromico que são em grande parte sintomas negativos, como, por exemplo, inversão do ciclo de sono, isolamento, perda de interesse por atividades anteriormente agradáveis, apatia, descuido com a higiene pessoal, ideias bizarras, comportamentos poucos habituais, dificuldades escolares e profissionais, entre outras. Posteriormente a esta fase inicial, surgem os sintomas positivos".

"Diz-se que os primeiros sinais e sintomas de esquizofrenia são insidiosos. O primeiro sintoma de sossego/calma e afastamento, visível num adolescente, normalmente passa despercebido como tal, pois se remete o facto para "é uma fase". Pode inclusivamente ser um enfermeiro de saúde escolar ou um conselheiro a começar a notar estas mudanças. (...) É importante dizer-se que é muito fácil interpretar incorretamente estes comportamentos, associando-os à idade."

## **Causas**

Em pessoas com esquizofrenia, o córtex frontal, responsável pela atenção e raciocínio, era menos ativado, enquanto o corpo estriado, responsável por sensações, com grande número de receptores dopaminéricos, estava superativado.

Não existe uma causa única para o desencadear deste transtorno. Assim como o prognóstico é incerto para muitos quadros, a etiologia das psicoses, principalmente da esquizofrenia, é incerta, ou melhor, de causação multifatorial. Admite-se hoje que várias causas concorrem entre si para o aparecimento, como: quadro psicológico; o ambiente; histórico familiar da doença e de outros transtornos mentais; e mais recentemente, tem-se admitido

a possibilidade de uso de substâncias psicoativas poderem ser responsáveis pelo desencadeamento de surtos e afloração de quadros psicóticos, embora não possamos afirmar que as substâncias psicoativas causem esquizofrenia.

A esquizofrenia afeta tanto homens quanto mulheres. Ela geralmente começa na adolescência ou na fase adulta jovem, mas pode começar em idade mais avançada. Nas mulheres, a esquizofrenia tende a começar mais tarde e ser mais branda.

### **Teoria genética**

A teoria genética admite que genes podem estar envolvidos, contribuindo juntamente com os fatores ambientais para o desencadear do transtorno. Sabe-se que a probabilidade de um indivíduo vir a sofrer de esquizofrenia aumenta, se houver um caso desta doença na família. "No caso de um dos pais sofrer de esquizofrenia, a prevalência da doença nos descendentes diretos é de 12%. É o caso do matemático norte-americano John Nash, que divide com o filho, John Charles Martin, a mesma doença.

Na situação em que ambos os pais se encontram atingidos pela doença, esse valor sobe para 40%. No entanto, mesmo na ausência de história familiar, a doença pode ainda ocorrer. Segundo Gottesman (1991), referenciado por Pedro Afonso (2002), sabe-se que cerca de 81% dos doentes de esquizofrenia não têm qualquer familiar em primeiro grau atingido pela doença e cerca de 91% não têm sequer um familiar afetado. Portanto, a causalidade genética ainda não é comprovada, e as pesquisas têm demonstrado discrepâncias muito grandes quando se trata de investigar a predisposição para a doença.

Outro argumento importante é que a concordância em gêmeos monozigóticos (48%) é significativamente maior do que a encontrada em gêmeos dizigóticos (17%). Os estudos indicam a presença de múltiplos genes responsáveis pela esquizofrenia e suas variações.

### **Teoria neurobiológica**

As teorias neurobiológicas defendem que a esquizofrenia é essencialmente causada por alterações bioquímicas e estruturais do cérebro, em especial com uma disfunção dopaminérgica, embora alterações em

outros neurotransmissores estejam também envolvidas. A maioria dos neurolépticos (antipsicóticos) atua precisamente nos receptores da dopamina no cérebro, reduzindo a produção endógena deste neurotransmissor. Exatamente por isso, alguns sintomas característicos da esquizofrenia podem ser desencadeados por fármacos que aumentam a atividade dopaminérgica (ex: anfetaminas). Esta teoria é parcialmente comprovada pelo fato de a maioria dos fármacos utilizados no tratamento da esquizofrenia (neurolépticos) atuarem através do bloqueio dos receptores (D2) da dopamina.

### **Teorias psicanalíticas**

As teorias psicanalíticas (ou de relação precoce) têm como base a teoria freudiana da psicanálise, e remetem para a fase oral do desenvolvimento psicológico, na qual "a ausência de gratificação verbal ou da relação inicial entre mãe e bebê conduz igualmente a personalidades "frias" ou desinteressadas (ou indiferentes) no estabelecimento das relações". A ausência de relações interpessoais satisfatórias estaria assim na origem da esquizofrenia.

Para além da abordagem freudiana também encontramos textos de inspiração winnicottiana nas teorias explicativas a respeito da esquizofrenia.

### **Teorias familiares**

Assim como a abordagem psicanalítica, outras abordagens responsabilizam a família, mas apesar de terem bastante impacto histórico, tiveram pouco embasamento empírico.

Surgiram na década de 1950, umas baseadas no tipo de comunicação entre os vários elementos da família, e outras aparecendo mais ligadas à estrutura familiar. Dos estudos desenvolvidos surge o conceito de mãe esquizofrenogénica — a mãe possessiva e dominadora dos seus filhos como geradora de personalidades esquizofrênicas. Estudos posteriores vieram contudo a negar esta hipótese, relacionando esse comportamento mais com etiologias neuróticas e não com a psicose.

Atualmente as abordagens familiares procuram apoiar a família, em vez de culpá-la, reconhecendo as dificuldades em lidar com um membro da família em grave sofrimento psíquico.

## **Teoria dos neurotransmissores**

Têm-se um excesso de dopamina na via mesolímbica e falta dopamina na via mesocortical.

Apesar de existirem todas estas hipóteses para a explicação da origem da esquizofrenia, nenhuma delas individualmente consegue dar uma resposta satisfatória às muitas dúvidas que existem em torno das causas da doença, reforçando assim a ideia de uma provável etiologia multifatorial.

### **Diagnóstico**

### **Classificação**

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), na CID-10, publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), conclui que "num certo número de casos, que varia segundo as culturas e as populações, a evolução dirige-se para uma cura completa ou quase completa".

O diagnóstico da esquizofrenia, como sucede com a grande maioria dos transtornos mentais e demais psicopatologias, não se pode efetuar através da análise de parâmetros fisiológicos ou bioquímicos e resulta apenas da observação clínica cuidadosa das manifestações do transtorno ao longo do tempo. Quando do diagnóstico, é importante que o médico exclua outras doenças ou condições que possam produzir sintomas psicóticos semelhantes (uso de drogas, epilepsia, tumor cerebral, alterações metabólicas). O diagnóstico da esquizofrenia é por vezes difícil.

Para além do diagnóstico, é importante que o profissional identifique qual é o subtipo de esquizofrenia em que o paciente se encontra. Atualmente, segundo o DSM IV, existem cinco tipos:

**Paranoide** — é a forma que mais facilmente é identificada com a doença e na qual predominam os sintomas positivos. O quadro clínico é dominado por um delírio paranoide relativamente bem organizado. Os doentes de esquizofrenia paranoide são desconfiados, reservados, podendo ter comportamentos agressivos.

**Desorganizado** — em que os sintomas afetivos e as alterações do pensamento são predominantes. As ideias delirantes, embora presentes, não são

organizadas. Em alguns doentes pode ocorrer uma irritabilidade associada a comportamentos agressivos. Existe um contacto muito pobre com a realidade.

Catatônico — caracterizado pelo predomínio de sintomas motores e por alterações da atividade, que podem variar desde um estado de cansaço e acinesia até à excitação.

Indiferenciado — que apresenta habitualmente um desenvolvimento insidioso com um isolamento social marcado e uma diminuição no desempenho laboral e intelectual. Observa-se nestes doentes uma certa apatia e indiferença relativamente ao mundo exterior.

Residual — em que existe um predomínio de sintomas negativos: os doentes apresentam um isolamento social marcado por um embotamento afetivo e uma pobreza ao nível do conteúdo do pensamento.

Existe também a denominada esquizofrenia hebefrênica, que incide desde a adolescência, com o pior dos prognósticos em relação às demais variações da doença e com grandes probabilidades de prejuízos cognitivos e sócio-comportamentais.

Atualmente todos os tipos de esquizofrenia foram fundidos em um diagnóstico denominado de espectro esquizofrênico (de acordo com o DSM-5 e organização mundial da saúde).

### **Críticas aos diagnósticos utilizados**

A validade do diagnóstico de esquizofrenia tem sido criticada — no quadro de críticas mais amplas à validade dos psicodiagnósticos em geral — sob a alegação de ser carente de validade científica. A categoria de esquizofrenia usada pelo DSM tem sido igualmente criticada. Um caso particular ocorreu no manicômio estadual de Ionia, em Michigan, cujos prontuários de mais de oitocentos pacientes foram acessados pelo psiquiatra e professor Jonathan Metzl. Sua pesquisa, que foi publicada no livro *The Protest Psychosis* (en), concluiu que nos anos 60 e 70, em meio a um clima político marcado por muitos protestos e agitação social, principalmente contra o racismo em Michigan, notadamente em Detroit, passaram a ocorrer mais internações por "atitude do paciente frequentemente hostil e agressiva", com comportamento com "tendência a ser consistente com seus delírios". Os dados coletados pelo psiquiatra confirmaram que essa linguagem - particularmente termos como "hostilidade" e "agressão" - foi usada para justificar diagnósticos de esquizofrenia em homens negros na década de 1960 e 1970. O médico conclui ainda que essa mudança no quadro de internações por esquizofrenia teve

consequências terríveis para os homens afro-americanos mantidos no manicômio de Ionia durante a luta pelos direitos civis e que as evidências mostravam que um número crescente de artigos de pesquisa em periódicos profissionais usou essa linguagem, classificando a esquizofrenia como um distúrbio de agressão "racializada". Em casos mais graves, os psiquiatras confundiam os sintomas esquizofrênicos dos pacientes afro-americanos com a esquizofrenia percebida dos protestos pelos direitos civis, particularmente aqueles organizados pelos movimentos Black Power, Nation of Islam, ou ligados ao partido Panteras Negras e a outros movimentos ou grupos ativistas. Em última análise, novas definições psiquiátricas de doença esquizofrênica a partir dos anos 60 impactaram pessoas de diferentes origens raciais e étnicas. Alguns pacientes tornaram-se esquizofrênicos por causa de mudanças nos critérios diagnósticos e não por seus sintomas clínicos.

Em 2006, um grupo de pacientes e profissionais de saúde mental do Reino Unido, no âmbito de uma campanha pela abolição do "rótulo" de esquizofrenia, defendeu a rejeição do diagnóstico de esquizofrenia, tendo em vista a sua heterogeneidade e o estigma que lhe está associado, e defenderam a adoção de um modelo biopsicossocial. Outros psiquiatras britânicos, porém, opuseram-se à mudança, argumentando que 'esquizofrenia' ainda é um conceito útil, embora provisório.

Assim como no caso de outros distúrbios psiquiátricos, alguns psiquiatras alegam que os diagnósticos seriam mais adequados se fosse levado em conta que as variações ocorrem dentro de um espectro ou de um continuum, não havendo propriamente um corte entre o normal e o patológico. Essa abordagem parece coerente com pesquisas sobre esquizotipia, que têm mostrado que a ocorrência de crenças delusionais ou alucinatórias entre indivíduos da população em geral é muito frequente, o que sugere a existência de um continuum de sintomas, entre os indivíduos considerados normais e os considerados psicóticos.

Outra crítica é que falta coerência nas definições e critérios utilizados. Particularmente relevante para a avaliação das delusões é a desordem no pensamento, e sintomas psicóticos não seriam uma boa base para a elaboração de um diagnóstico de esquizofrenia: a psicose seria como a 'febre' da doença mental — um indicador que pode ser grave mas é inespecífico.

Estudos sobre o diagnóstico da esquizofrenia, como o do psicólogo estadunidense David Rosenhan, feito em 1972 e conhecido como Experimento de Rosenhan, geralmente têm mostrado que o nível de confiabilidade é relativamente baixo, e o diagnóstico de esquizofrenia muitas vezes é subjetivo.

Em 2004, no Japão, o termo japonês para esquizofrenia foi alterado de Seishin-Bunretsu-Byo (doença da mente dividida) para Togo-shitcho-sho (desordem de integração).

Alternativamente, outros proponentes apontaram a presença de déficits neurocognitivos específicos como elementos do diagnóstico. Estes assumem a forma de uma redução ou comprometimento de funções psicológicas básicas, como memória, atenção, função executiva e capacidade de resolver problemas. É este tipo de dificuldade, em vez dos sintomas psicóticos (que, em muitos casos, podem ser controlados por medicamentos antipsicóticos), que parece ser a causa da maioria das deficiências apresentadas nos quadros de esquizofrenia. No entanto, este argumento é relativamente novo e é pouco provável que o método de diagnóstico de esquizofrenia vá mudar radicalmente no futuro próximo.

O diagnóstico de esquizofrenia foi usado para fins políticos na União Soviética e mais uma subclassificação — "esquizofrenia que progride lentamente" — foi criada. Particularmente na República Socialista Federativa Soviética Russa, este diagnóstico foi utilizado com a finalidade de silenciar os dissidentes políticos ou levá-los a desistir de suas ideias através da utilização de confinamento e tratamento forçado. Em 2000, foram usados expedientes semelhantes pelo governo chinês, quando da detenção e 'tratamento' dos praticantes de Falun Gong.

## **Tratamento**

### **Tratamento farmacológico**

Uma referência importante para os psiquiatras é o Manual de Psiquiatria Clínica, de Harold Kaplan e Benjamin Sadock, que sistematiza os vários fatores que compõem a esquizofrenia, lembrando que "devido à heterogeneidade das apresentações sintomáticas e prognósticas da esquizofrenia, nenhum fator etiológico isolado é considerado como causador." Segundo o modelo estresse-diátese, usado com maior frequência, a pessoa que desenvolve esquizofrenia tem uma vulnerabilidade biológica específica, ou diátese, que, ativada pelo estresse, leva a sintomas esquizofrênicos. Os fatores etiológicos são classificados pelos autores em genéticos, biológicos, psicossociais e ambientais. Os fatores biológicos se subdividem e são apresentados como hipóteses:

- ✓ hipótese dopamínica
- ✓ hipótese da noradrenalina
- ✓ hipótese do ácido aminobutírico
- ✓ hipótese da serotonina

Jucá (2005) observa que, mesmo considerando que se trata de "hipóteses" sobre as quais há muita controvérsia, "não se abala a firme convicção de que, na raiz do sofrimento mental, reside uma susceptibilidade biológica".

De fato, considera-se que os antipsicóticos são eficazes no alívio dos sintomas da esquizofrenia em 70% dos casos. Alguns desses fármacos, conhecidos como antipsicóticos típicos, inibem fortemente os receptores D2 da dopamina das vias dopaminérgicas, ligadas ao sistema límbico do cérebro, e o seu sucesso constitui uma forte evidência da importância das alterações bioquímicas na patogenia da doença, segundo a chamada hipótese dopamínica. Essas alterações bioquímicas talvez sejam uma resposta secundária aos eventos causadores da doença, assim como o são as alterações comportamentais. Os exemplos mais usuais de antipsicóticos típicos são o haloperidol e a clorpromazina. No entanto, esses dois antipsicóticos são os chamados de primeira geração e apresentam sérios efeitos colaterais indesejáveis. Segundo a literatura da psiquiatria, o haloperidol e a clorpromazina foram muito usados nas décadas de 1940 e 1950, nos primeiros experimentos com esquizofrênicos. O haloperidol pode causar rigidez muscular no paciente, locomoção motora desordenada, expelição de substâncias do organismo do paciente, movimentos involuntários e morte súbita, estando quase que completamente em desuso pelos seus efeitos deletérios.

Quando há predominância dos sintomas depressivos, a escolha pode recair nos novos neurolépticos: risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, amisulprida etc. Esses e a tioridazida são indicados para os pacientes que não responderam aos antipsicóticos convencionais ou apresentaram efeitos colaterais indesejáveis. Para os casos refratários, existem evidências de que a clozapina é eficaz.

Esses medicamentos inibem pouco os receptores D2 da dopamina e têm, simultaneamente, ação inibidora serotoninérgica, sendo por isso conhecidos como antipsicóticos atípicos.

Estes têm um sucesso maior nos casos refratários ao tratamento com antipsicóticos típicos ou nos casos onde a sintomatologia negativa é predominante. Como o medicamento leva a agranulocitose em cerca de 1% dos casos, devem ser feitos hemogramas periódicos, enquanto durar a administração da droga. A nova geração de antipsicóticos atípicos, como a risperidona e a olanzapina não provoca agranulocitose, sendo assim deveriam ser utilizadas como primeira escolha pelos pacientes psicóticos, porém são muito caras.

Os antipsicóticos atípicos, justamente por agirem fracamente sobre os receptores D2, são uma evidência contrária à hipótese dopamínica.

## **Tratamento não farmacológico**

Existem várias abordagens terapêuticas do paciente esquizofrênico, o qual, na maioria dos casos, tem indicação de um tratamento interdisciplinar, envolvendo o acompanhamento médico (incluindo o uso de fármacos), a psicoterapia, a terapia ocupacional (individual ou em grupos), a intervenção familiar, a musicoterapia e a psicopedagogia.

O tratamento pode ajudar muito a tratar os sintomas, permitindo que os doentes possam viver com melhor qualidade de vida e mais produtivamente. A experiência clínica indica que o melhor momento para iniciar o tratamento da esquizofrenia é logo após o aparecimento dos primeiros sintomas. Se a sintomatologia psicótica permanecer sem tratamento por longos períodos, o prognóstico do tratamento é menos favorável. Assim, é vital o reconhecimento precoce dos sinais da esquizofrenia para que se possa procurar uma ajuda rápida.

Bruscato considera que os principais objetivos da psicoterapia dentro do tratamento da esquizofrenia são:

Interromper a perda da capacidade mental, preservando o contato com a realidade;

Restaurar a capacidade de cuidar de si e de administrar sua vida, e manter o máximo de autonomia para promover o melhor ajustamento pessoal, psicológico e social possível;

Diminuir o isolamento;

Reconhecer e reduzir a natureza ameaçadora dos eventos da vida, para os quais existe uma sensibilidade particular;

Conscientizar o portador sobre a realidade de seus recursos e limitações, tanto ajudando a descobrir e realizar seu potencial, quanto ajudando na aceitação de suas limitações;

Aumentar suas defesas diante de situações estressantes, liberando recursos que, eventualmente, estejam obstruídos pela psicose e desenvolver fontes alternativas para a solução de seus problemas;

Recuperar e promover a autoestima, a autoimagem e a autoconfiança, proporcionando contínuo progresso;

Estimular a independência, os cuidados consigo mesmo em questões de higiene e capacitar o paciente para as atividades da vida diária.

Os centros de atenção psicossocial (CAPS) ou os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), centros de convivência e algumas associações de portadores e familiares estão organizados para atividades de reabilitação social do portador.

## Epidemiologia

Segundo a OMS atinge cerca de 1%, sendo mais comum nos países de terceiro mundo.

De acordo com algumas estatísticas, a esquizofrenia atinge entre 0,6% e 3% da população mundial, dependendo dos critérios, manifestando-se habitualmente entre os 15 e os 30 anos, em proporções semelhante entre homens e mulheres, costuma aparecer em mais cedo nos homens e dificilmente começa após os 50 anos.

A esquizofrenia (do grego antigo σχιζοφρενία: formado por σχίζειν, skízein, 'separar, dividir', e φρήν, phrēn, phrenós, 'diafragma', a parte do corpo identificada com a ligação entre o corpo e a alma. O termo significa mais propriamente "cisão das funções mentais", considerando-se a sintomatologia da doença.

## Sociedade e cultura

Exemplo: O matemático norte-americano John Nash, com diagnóstico de esquizofrenia, ganhador do Prémio de Ciências Económicas em Memória de Alfred Nobel em 1994.

A doença mental é com frequência relacionada com o mendigo que perambula pelas ruas, falando sozinho, ou com a mulher que aparece na TV dizendo ter 16 personalidades ou ainda com o maníaco homicida que aparece nos filmes. De fato, a doença mental é, há séculos, sinónimo de exclusão social, e o diagnóstico de esquizofrenia, significou por muito tempo um destino certo: os hospitais psiquiátricos ou asilos, onde os pacientes ficavam internados durante anos — às vezes, pela maior parte de suas vidas.

Em muitos casos, os indivíduos diagnosticados como esquizofrênicos foram crianças tímidas, introvertidas, com dificuldades de relacionamento e com pouca interação emocional, eventualmente também com dificuldades de atenção. Durante a adolescência o isolamento vai se tornando cada vez maior e o rendimento escolar vai diminuindo. Estas modificações são frequentemente associadas à crise da adolescência. "Para o adolescente, este é um período de confusão, sente-se desconcentrado, não sabe o que se está a passar com ele. O jovem começa a passar grandes períodos frente ao espelho, a observar o seu corpo, revelando a presença de alterações do seu esquema corporal que

podem surgir associadas à vivência psicótica. Isto não acontece só ao nível do corpo, mas também na consciência de si próprio (perturbação da vivência do "eu") apresentando neste caso sentimentos de despersonalização".

Uma crise psicótica pode ser precipitada por vários factores, como, por exemplo, mudança de casa, perda de um familiar, rompimento com um(a) namorado(a), ingresso na universidade. É raro o indivíduo ter consciência de que está realmente doente, o que torna difícil a adesão ao tratamento. Um dos maiores medos da pessoa é o de ser estigmatizada pelos preconceitos sociais que cercam a doença mental, tais como a associação da doença à violência — ideia essa que estudos recentes põem completamente de parte, mostrando que a incidência de comportamento violento nesses doentes é idêntico, se não mesmo inferior, ao da população em geral.

"Quero que as pessoas entendam que sou como os outros. Sou um indivíduo e deveria ser tratada como tal pela sociedade. Não deveriam fechar-me numa caixa com a etiqueta de esquizofrenia" (Jane).

"As pessoas com esquizofrenia têm muitas vezes dificuldade em satisfazer as suas necessidades devido à sua doença".

É importante que o processo de reabilitação seja contínuo, para que possa proporcionar melhor qualidade de vida, maior autonomia e realização pessoal. Para isso, o indivíduo deve ter acesso a estruturas de apoio, alternativas à estrutura manicomial, como os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), centros de convivência, oficinas, hospitais dia (serviços de internação parcial), serviços terapêuticos residenciais, empregos apoiados, fóruns sócio-ocupacionais. Uma das maiores dificuldades desses doentes é a sua integração no mundo do trabalho. Daí ser relevante o acompanhamento no período de adaptação.

É bastante útil que o paciente tenha conhecimentos sobre os sintomas e possíveis sofrimentos ao longo da vida, e que possa ter um papel ativo no seu tratamento e controle sobre o seu estado, sendo por isso vantajoso que estes sigam alguns cuidados, nomeadamente:

Se achar que a medicação não está a ajudar ou sentir efeitos não desejáveis deve avisar o seu médico psiquiatra;

Fazer psicoterapia e ter consultas regulares com seu psicólogo;

Ter o cuidado de conservar um ritmo de sono e vigília correto, com as horas de sono necessárias;

Evitar o estresse;

Manter rotinas normais de higiene, alimentação, atividades físicas e de lazer;

Evitar substâncias psicoativas que possam interferir prejudicialmente no tratamento — como álcool e outras drogas;

Procurar ter horas para dormir, comer, trabalhar — ou seja, criar rotinas;

Permanecer em contato com as outras pessoas, não buscar o isolamento;

Manter o contato com o psiquiatra, psicólogo e a equipe de saúde mental;

Praticar desporto pelo menos uma vez por semana;

A participação da família é fundamental: reuniões dos psicólogos com os familiares são muito importantes porque a residência é o ambiente cerne da busca da sanidade mental.

Os doentes podem apresentar também sintomas depressivos, que nem sempre têm origem biológica ou neuroquímica. "O desapontamento e a desilusão vividos por alguns deste doentes perante os repetidos fracassos em manterem um emprego, em conseguirem voltar a estudar ou terem um grupo de amigos torna-se uma realidade incontornável", levando a sentimentos de frustração.

Um outro aspecto associado à depressão na esquizofrenia é a questão do suicídio, que pode ter origem em vários factores, notadamente o sofrimento psíquico associado à própria vivência psicótica e o aspecto crónico e recorrente da doença. O papel ativo da família é essencial para o tratamento, reabilitação e reinserção social da pessoa que sofre de doença mental. Muitas famílias procuram o apoio junto aos técnicos de saúde. No entanto, há aquelas que não o fazem, embora não consigam lidar com as crises do familiar.

A família deve estar preparada para a possibilidade de o doente ter recaídas ao longo do tempo, o que pode requerer internamento hospitalar. Neste caso, é importante o apoio da família durante a permanência do doente no hospital, através de reforço positivo, comunicação, visitas, mostrando interesse sobre a evolução do seu estado. É natural que muitas dúvidas surjam na família quanto ao comportamento a ser adotado em cada situação.

Os problemas que geralmente ocorrem na família do esquizofrénico são os seguintes:

Medo... "Ele poderá fazer mal a si ou às outras pessoas?"

Negação da gravidade... "Isso daqui a pouco passa", "Você não é como esse cara da televisão"

Incapacidade de falar ou pensar em outra coisa que não seja a doença... "Toda a nossa vida gira em torno do nosso filho doente"

Isolamento social... "As pessoas até nos procuram, mas não temos como fazer os programas que nos propõem"

Constante busca de explicações... "Ele está assim por algo que fizemos?"

Depressão... "Não consigo falar da doença do meu filho sem chorar".

Em suma, o impacto que uma pessoa com diagnóstico de esquizofrenia tem na família e a forma como esta última se adapta face à situação depende da singularidade de cada um dos seus membros, mas também da forma como a doença surge (insidiosa ou abrupta), do seu curso, das suas consequências, da existência ou não de risco de morte (fase de crise ou fase crónica) e do grau de incapacidade provocada pela doença. Todos esses fatores têm de ser vistos numa perspectiva psicossocial e não isoladamente. Deve ser dada atenção extrema ao fato de que o próprio esforço de adaptação por parte da família pode ter, como consequência, um estado de exaustão da parte dos familiares, como é referido por Freitas, et al..