



Gula de **Tratamentos** para *Esquizofrenia*

Sumário



1 Esquizofrenia.....	3
2 Remédios.....	8
3 Tratamentos.....	13
4 Ajuda.....	20

A man with dark hair and a serious expression is the central focus. Behind him, several semi-transparent, overlapping images of his face are shown, each with a different expression: one looks to the side, another looks upwards with a wide-eyed, intense gaze, and a third has a wide, open-mouthed, almost screaming expression. The background is a plain, light grey color.

Capítulo 1

Esquizofrenia

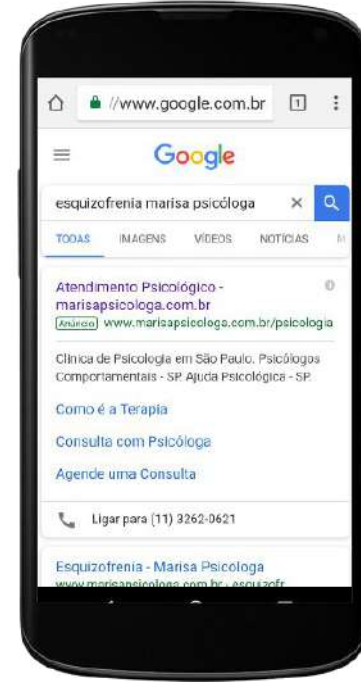
Capítulo 1 - Esquizofrenia

A esquizofrenia é um transtorno de causa complexa e multifatorial.

Até hoje já existiram mais de quarenta definições de esquizofrenia na psiquiatria, para não falar da psicanálise e campos afins.

Uma característica aceita atualmente é que a esquizofrenia faz parte da estrutura de personalidade psicótica. Podemos entender que a esquizofrenia é um modo de viver que tenta responder a problemas interiores de adaptação de autoimagem e convivência com as outras pessoas e com o mundo em geral.

Os seus sintomas costumam incluir delírios e alucinações- que afetam os sentidos, como uma alucinação visual-, influenciando o julgamento sobre si e o seu entorno.





Tal maneira de estar no mundo pode ser causa de muita angústia, muita ansiedade. Objetos do dia a dia, como móveis, utensílios domésticos, e a própria casa da pessoa podem ter diferentes significados e atuações no mundo do que aqueles que a maioria das pessoas entende e percebe.

Objetos podem ser lembretes exaustivos de algo que incomoda a pessoa, por exemplo: uma pessoa pode relacionar uma série de objetos com sua sexualidade e ter de lidar com outras pessoas em diferentes cenários sendo submetida a essas presenças constantes, intrusivas, nas suas relações sociais, profissionais etc.

Mas a pessoa esquizofrênica não é a "louca" do cinema. Os comportamentos mostrados, e relacionados a sintomas exibidos e reconhecidos, em geral, como de loucura são, diversas vezes, efeitos dos remédios que sossegam, que sedam a pessoa, ou, que de outra maneira, são atuações espetaculosas e muitas vezes terríveis- como a do maníaco homicida que mata dezenas de pessoas porque uma voz o obrigaria a agir assim.


Até o início do século XX um foco de estudos da comunidade psiquiátrica recaía sobre as psicoses discretas: aquelas que não causavam alarde, não tinham sintomas reconhecíveis porque a pessoa acometida por elas conseguia levar uma vida profissional e social a contento, muitas vezes se destacando no seu campo de atuação.

Uma psicose discreta só viria à tona, por exemplo, em casos extremos onde a pessoa cometesse algum crime motivado por um sistema de crenças pessoais único que só então era vislumbrado fora de sua privacidade.

Desde essa época era quase consenso entre os especialistas que a esquizofrenia, e outras formas de psicose, não causavam um problema nas faculdades mentais dos sujeitos- como a memória e a vontade- mas na relação entre elas.

Até o século XX a esquizofrenia era tida com uma doença destrutiva, que evoluiria para a demência da pessoa enferma. Tal noção também se construiu por conta de práticas asilares que colocavam juntos pacientes com quadro biológicos, como sífilis, e aqueles que sofriam de esquizofrenia.

Freud observou que o que tomamos como traços definidores da loucura- delírios, alucinações etc- constituem, na verdade, sintomas que não são primários, mas secundários. São reações à loucura, tentativas de curar a si mesmo- como viriam a dizer outros cânones da área como: Bleuler, Jung, Lacan e Winnicott.

A person wearing a dark hoodie and jeans stands on the edge of a rooftop, looking out over a vast city skyline. The sun is setting, creating a warm, golden glow over the buildings and a hazy atmosphere. The person is positioned in the lower right quadrant of the frame, with their back to the camera. The city below is densely packed with skyscrapers and residential buildings, stretching towards the horizon. The sky transitions from a deep blue at the top to a bright orange near the horizon.

"Desde essa época era quase consenso entre os especialistas que a esquizofrenia, e outras formas de psicose, não causavam um problema nas faculdades mentais dos sujeitos- como a memória e a vontade- mas na relação entre elas."



Capítulo 2

Uso de Medicamentos

Capítulo 2 - Uso de Medicamentos

Na década de 1950 com o advento de novas drogas, mais potentes contra os sintomas, ganhou força a terapia farmacológica. Na mesma época se fortalecia o uso do guia diagnóstico psiquiátrico: DSM (Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais) que orientaria a comunidade médica na terapia farmacológica.

Uma das críticas ao foco farmacológico da doença é que além do foco nos sintomas, naquilo que é superficial, a terapia farmacológica vai se construindo a partir das reações do indivíduo à droga utilizada e não a partir do nexo interior da doença, sua estrutura, analisada individualmente. Há pouca visibilidade para a vida interior.





Hoje em dia, o DSM-IV-TR¹ define a esquizofrenia por meio de um processo de seleção: o sujeito precisa exibir pelo menos dois de uma lista de cinco tipos principais de sintomas, que incluem delírios, alucinações, desorganização da fala, comportamento desorganizado ou catatônico e os chamados "sintomas negativos", tais como falta de afeto ou volição (pode ser entendida como intenção, decisão).

Algum desses distúrbios tem que ter estado presente há mais de seis meses, e quando os delírios são bizarros e as alucinações envolvem um comentário contínuo ou um diálogo umas com as outras, apenas um dos sintomas é necessário para fechar o diagnóstico.

Os críticos do DSM têm assinalado com frequência que seus critérios de diagnóstico são irremediavelmente vagos, uma vez que implicam que duas pessoas podem ter esquizofrenia sem compartilhar um único sintoma. Similarmente, eles deixam de lado o problema da psicose não desencadeada que discutimos anteriormente.

É comum os pacientes serem ensinados a ver a esquizofrenia como uma doença incurável, que exige contenção química contínua.

Um acontecimento real e um delírio são perfeitamente compatíveis. É necessário entender como se processa dado evento para a pessoa em questão, qual o papel na estrutura do seu delírio, ou, mais radicalmente, na sua estrutura de personalidade.

Diz-se que não é preciso "investigar" se tal fato ocorreu ou não, mas sim lidar com a verdade perceptiva da pessoa que relata o fato e lidar com essa realidade num contexto terapêutico.

Porém, o medicamento pode ser fundamental para controlar e evitar recaídas da enfermidade, em especial os casos agudos de surto.

O tratamento da esquizofrenia com recurso apenas à farmacoterapia tem sido associado a taxas elevadas de descontinuação, recidivas e persistência de sintomas². Daí a necessidade de se recorrer a outras metodologias interventivas e terapêuticas que toquem na individualidade da pessoa e construam alternativas para a construção do bem estar.

Referência:

LEADER, Darian. **O que é loucura?: Delírio e sanidade na vida cotidiana**. Zahar, 2013.

¹ *AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION DSM-IV-TR – Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Coord. M. R. Jorge, Trad. Dayse Batista, 4 ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

² RODRIGUES, Daniela Marta. Esquizofrenia: abordagens terapêuticas não-farmacológicas. Março/2012. Dissertação- Mestrado Integrado em Medicina - Faculdade de Medicina Universidade do Porto.



"O tratamento da esquizofrenia com recurso apenas à farmacoterapia tem sido associado a taxas elevadas de descontinuação, recidivas e persistência de sintomas²."

Capítulo 3

Tratamentos



Capítulo 3 - Tratamentos

De modo geral os profissionais de saúde devem estar voltados para escuta da pessoa atendida, considerando respeitosamente suas crenças, necessidades, conhecimentos e valores para que o planejamento de ações direcionadas à promoção da adesão da mesma ao tratamento seja pautado em fatores intrínsecos à sua realidade.

É através da escuta cuidadosa que se pode conhecer os pacientes e seus familiares para planejar o cuidado.

Um tratamento adequado para a esquizofrenia deve ser individualizado e deve ir além do combate a sintomas puramente biológicos e físicos¹.



Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

Neste contexto, surgem novas abordagens complementares no domínio da psicoterapia, e em especial a terapia cognitivo-comportamental (TCC)².

Alguns estudos atribuem à TCC eficácia ligeira a moderada no tratamento de sintomas positivos residuais em doentes com Esquizofrenia crônica².

Das abordagens psicoterapêuticas propostas, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem sido uma das mais estudadas e desenvolvidas, sendo recomendada em países como Inglaterra e Estados Unidos como terapia complementar aos Antipsicóticos no tratamento da Esquizofrenia crônica com sintomas positivos residuais³.





Alguns estudos atribuem à Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) eficácia ligeira a moderada no tratamento de sintomas positivos residuais em doentes com Esquizofrenia crônica. Mas, de modo geral, considera-se que doentes descompensados ou em fase aguda não são indicados para TCC.

Uma proposta da TCC, a adaptação social, pode ter alguns perigos. Sugerir que a pessoa aceite um emprego ou vá a um encontro, por exemplo, talvez não seja problemático em alguns casos, mas em outros pode desencadear ou exacerbar um surto psicótico. Tudo deve ser tratado individualmente.



Tratamento Psicossocial

Diz-se que é o tratamento psicossocial que vai contribuir, certamente, para a reabilitação e um prognóstico melhor. Ou seja, o envolvimento da família e comunidade para a restauração do bem-estar da pessoa que teve diagnosticada a esquizofrenia é primordial⁴.

Para a maioria dos(as) pacientes com esquizofrenia o tratamento domiciliar pode ser o mais recomendado, pois evita o afastamento do meio familiar- principalmente no início do tratamento⁴.

Psicanálise

Mesmo a psicanálise vem contribuindo no tratamento e compreensão da esquizofrenia e das psicoses. Há uma discussão de que muitas vezes, na verdade, o sucesso de muitos tratamentos contemporâneos é medido em termos de quão bem o sujeito psicótico é capaz de ocultar sua psicose, de quão bem consegue se amoldar e corresponder às expectativas alheias⁵.

O que se discute é que uma teoria psicanalítica da psicose não implica uma psicanálise de sujeitos psicóticos. Mas sim, o auxílio que as reflexões desenvolvidas na pesquisa psicanalítica podem ajudar a pensar os casos clínicos de psicose e a desenvolver estratégias para o trabalho clínico⁵.

Uma recomendação aos(as) próprios(as) profissionais é a de que qualquer pessoa que realiza um trabalho terapêutico faria bem em questionar suas próprias fantasias de ajudar ou curar os outros. Haja vista que não há fórmulas nem receitas para o trabalho com sujeitos psicóticos o(a) profissional pode ajudar a pessoa a criar sentido sem lhe impor o seu próprio, e a inventar novas maneiras de lidar com as excitações mentais ou físicas que a atormentam⁵.

1 MURRAY, Robin M. *Mistakes I Have Made in My Research Career*. **Schizophrenia bulletin**, v. 43, n. 2, p. 253-256, 2017.

2 RODRIGUES, Daniela Marta. Esquizofrenia: abordagens terapêuticas não-farmacológicas. Março/2012. Dissertação- Mestrado Integrado em Medicina - Faculdade de Medicina Universidade do Porto.

3 THOMAS, N. et al. *Cognitive Behavioural Therapy for Auditory Hallucinations: Effectiveness and Predictors of Outcome in a Specialist Clinic*. **Behav Cogn Psychother**. 2011;39(2):129-38.

4 LOUZA NETO, Mario R. Manejo clínico do primeiro episódio psicótico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 22,supl. 1,p. 45-46, Maio 2000.

5 LEADER, Darian. **O que é loucura?: Delírio e sanidade na vida cotidiana**. Zahar, 2013.

Referência:

RODRIGUES, Daniela Marta. Esquizofrenia: abordagens terapêuticas não-farmacológicas. Março/2012. Dissertação- Mestrado Integrado em Medicina - Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

NICOLINO, Paula Silva. et al. Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**; 45(3):708-15, 2011.

$$\omega = 2\pi f \quad \beta = \frac{\Delta I_e}{\Delta I_b} \quad v = c/\lambda$$

$$\frac{\sin \alpha}{\sin \beta} = \frac{v_1}{v_2} = \frac{\omega_2}{\omega_1} \quad v = \frac{1}{\sqrt{\epsilon \cdot \mu}} = \frac{c}{\sqrt{\epsilon_r \mu_r}}$$

$$= \rho \frac{l}{S}$$
$$= \frac{t \ln_2}{T}$$

$$E = mc^2$$

$$y = \vec{F} d \cos \alpha$$

$$F_v = \left\{ \frac{F_n}{R} \right. \quad x^* T =$$

$$F_n = \sin \theta g \quad F_g = \frac{m_1 m_2}{r^2} \quad W \quad E = \frac{E_c}{q}$$

"Uma recomendação aos(as) próprios(as) profissionais é a de que qualquer pessoa que realiza um trabalho terapêutico faria bem em questionar suas próprias fantasias de ajudar ou curar os outros. Haja vista que não há fórmulas nem receitas para o trabalho com sujeitos psicóticos



Capítulo 4

Ajuda

Capítulo 4- Ajuda

A busca por ajuda pode ocorrer após um episódio de surto. Ou num momento em que se percebe que o mundo e seus significados está passando por uma metamorfose que não conseguimos desvendar.

Sem conseguir construir uma narrativa coerente que nos coloque no mundo, e que nos localize como sujeitos há possibilidade de nos perdermos em caminhos muito diversos, e que talvez não façam sentido para nós.

Para reencontrar- ou encontrar a rota- que leve ao horizonte sonhado, querido ou necessário, talvez um auxílio seja necessário.



É neste momento que entra o(a) psicólogo(a), ou o(a) psiquiatra com seu arcabouço técnico, teórico e prático para ajudar a desvelar nós que trançamos, ou nos quais sentimos que deixamos nos envolver.

Em alguns casos pode ser um familiar que busca auxílio para a pessoa afetada por um transtorno mental. Já que o sofrimento pode afetar também àqueles próximos da pessoa enferma.

Tendo ou não passado por internação ou atendimento anterior, mesmo em serviço de saúde pública, é importante buscar ativamente a ajuda profissional.



No caso do(a) psicólogo(a), independente da teoria utilizada pelo(a) profissional o mais importante é buscar um(a) bom(a) profissional. Uma indicação de amigos ou familiares, ou outras pessoas de confiança, pode ser um alívio que atenua a tensão do primeiro contato com uma área que ainda hoje é envolta em preconceitos.

Um(a) psiquiatra pode receitar remédios e orientar uma terapia farmacológica, em primeiro lugar. E a depender de sua formação também atuar como psicanalista ou psicoterapeuta.

Já o(a) psicólogo(a) atua, basicamente, na interação entre terapeuta e atendido, dentro de um cenário mais controlado e definido, muitas vezes chamado de *setting* terapêutico, para trabalhar junto à pessoa atendida as questões problemáticas, e que causam ansiedade ou outra sensação desagradável e que são obstáculos ao bem estar e ao desenvolvimento pessoal de cada um.

A questão e a solução são trazidas pela pessoa que busca o atendimento, o profissional de saúde mental atua como instrumento, e de maneira ideal vem sem apresentar fórmulas ou receitas pré-fabricadas que não possuam relação com o indivíduo atendido.



"No caso do(a) psicólogo(a), independente da teoria utilizada pelo(a) profissional o mais importante é buscar um(a) bom(a) profissional. "

Assista nossos vídeos!





Quanto custa a psicoterapia



Consulta com psicólogo



Escolha aqui seu psicólogo



Agende sua consulta aqui



Psicólogos em São Paulo

Siga nossas redes sociais



visite nosso site:

www.marisapsicologa.com.br

Unidade I: Rua Bela Cintra, 968 (Paulista)

Unidade II: Rua Frei Caneca, 33 (Consolação)

Telefone (11) 3262-0621 - Envie Whatsapp (11) 99787-451