

## FORMAS DE TRATAMENTO DO PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO

ALMASAN, Daisy Ariane

Discente do curso de Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde – FASU/ACEG -  
Garça/SP - Brasil

e-mail: daisyalmasan@yahoo.com.br

GIMENEZ, Rosane Montefusco

Discente do curso de Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde - FASU/ACEG -  
Garça/SP - Brasil

e-mail: rosaheart@bol.com.br

### RESUMO

O presente artigo discorre a respeito do paciente esquizofrênico dentro da instituição psiquiátrica. Foi desenvolvido a partir de uma experiência de Estágio Supervisionado, na área de Psicopatologia, em um Hospital Psiquiátrico da cidade de Garça.

**Palavras-chave:** esquizofrenia, instituição, estratégias interventivas.

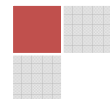
### ABSTRACT

The present article discourses inside regarding the schizophrenia patient of the psychiatric institution. It was developed from an experience of Supervised Period of training, in the area of psychological illnesses, a Psychiatric Hospital of the city of Garça.

**Key-words:** schizophrenia, institution, of performance strategies.

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo Bleger (1984), cada instituição tem seus objetivos específicos e sua própria organização, com a qual tende a satisfazer tais objetivos. Ambos têm que ser muito bem conhecidos pelos psicólogos, como ponto de partida para decidir seu ingresso profissional na instituição.



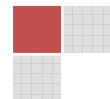
Um serviço hospitalar solicita o assessoramento de um Psicólogo, mas entorpece sua atividade; o exame da situação descobre o fato de que o interesse da instituição reside, basicamente, em ostentar uma organização progressiva e científica frente a outros serviços hospitalares competidores, mas a atividade do Psicólogo é, na realidade, temida. Estes fatos não invalidam ou impossibilitam a função do psicólogo, e sim mostram as circunstâncias sobre as quais se tem que agir.

Para Goffman (2005), no hospital psiquiátrico, o ambiente e as regras da casa recordam ao paciente que é um caso de doença mental, que sofreu algum tipo de colapso social no mundo externo, tendo fracassado de alguma forma global, e que aqui tem pequeno peso social, pois dificilmente é capaz de agir como pessoa integral.

Foi realizado um Estágio de Observação, no qual se observou um paciente portador de esquizofrenia paranóide, crônico, que no CID-10 está descrita em F20.0.

## **2. ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE: CARACTERIZAÇÃO, BREVE RELATO DE UM PACIENTE OBSERVADO E FORMAS DE TRATAMENTO**

O CID-10 (1993) refere-se à esquizofrenia como um transtorno caracterizado, geralmente, por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, por afeto inadequado ou embotado. A perturbação envolve as funções mais básicas que dão à pessoa normal um senso de individualidade, unicidade e de direção de si mesmo. Os pensamentos, sentimentos e atos mais íntimos são sentidos como conhecidos e partilhados por outros. As alucinações, especialmente auditivas, são comuns e podem comentar sobre o comportamento ou pensamentos do paciente. O humor é caracteristicamente superficial, caprichoso ou incongruente.



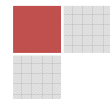
No caso do paciente observado, a patologia diagnosticada é esquizofrenia paranóide, que, segundo o CID-10, é o tipo mais comum de esquizofrenia. O quadro clínico descrito no CID-10 é dominado por delírios relativamente estáveis, com freqüência, paranóides, usualmente acompanhados por alucinações, particularmente da variedade auditiva, e perturbações da percepção. Nos casos crônicos, os sintomas floridos persistem por anos e é difícil distinguir episódios bem delimitados. O começo tende a ser mais tardio do que nas formas hebefrênica e catatônica. Exemplos de sintomas mais comuns:

- a- delírios de perseguição, referência, ascendência importante, missão especial, mudanças corporais ou ciúmes;
- b- vozes alucinatórias que ameaçam o paciente ou lhe dão ordens ou alucinações auditivas sem conteúdo verbal, tais como assobios, zumbidos ou risos;
- c- alucinações olfativas ou gustativas, de sensações sexuais ou outras corporais; alucinações visuais podem ocorrer, porém, raramente, são predominantes.

Comparando os sintomas observados com os descritos no CID-10, pode-se afirmar que o paciente apresenta alguns, pois costuma caminhar de um lado para o outro conversando com alguém que não é real, às vezes olha para trás, enquanto caminha, repetidas vezes; também, deita-se no chão, fazendo movimentos sexuais e mexendo nas genitais, sempre conversando. Importante ressaltar que o paciente manifestou sempre esses mesmos comportamentos, sendo compatível com uma das características descritas acima, pois possui delírios relativamente estáveis.

## **2.1. Avaliação Psicodinâmica e sua importância**

Segundo Gabbard (1998), a avaliação psicodinâmica pode ser considerada como uma extensão significativa da avaliação médico-psiquiatra descritiva e não

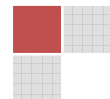


está separada da avaliação completa da história , sinais e sintomas obtidos segundo a tradição médico-psiquiatra. Os psiquiatras dinâmicos interessam-se pelos dados do estado mental, embora abordem a informação de modo diferente, preferem entremear as questões sobre o estado mental durante a entrevista, ao invés de acrescentá-las ao final como uma lista de questões formais.

Gabbard (1998) considera ainda, que ao término da avaliação psicodinâmica, o clínico deve chegar a um diagnóstico descritivo (baseados nos critérios do DSM – IV) e a um diagnóstico psicodinâmico (baseado na compreensão do paciente e de sua doença). Embora ambos os diagnósticos informem o planejamento terapêutico, o diagnóstico está aparelhado para especificar a classificação correta, enquanto que o diagnóstico psicodinâmico é considerado como um resumo do entendimento que vai além da classificação. A maior parte das evidências sugere que a esquizofrenia é uma doença que envolve uma predisposição genética que requer ativação intrapsíquica e interpessoal, mas fatores ambientais e psicológicos têm considerável importância no desenvolvimento da esquizofrenia. Abordagens psicodinâmicas no manejo de pacientes esquizofrênicos serão sempre componentes vitais das ferramentas de trabalho do clínico. Provavelmente, não mais de 10% dos pacientes esquizofrênicos são capazes de ter sucesso numa abordagem de tratamento que consista apenas em medicação antipsicótica e hospitalização breve. Os restantes 90% necessitam de abordagens de tratamento de orientação dinâmica, incluindo farmacoterapia dinâmica, terapia individual, terapia de grupo, abordagens familiares e tratamento hospitalar de orientação dinâmica como ingredientes importantes no manejo bem-sucedido de sua esquizofrenia.

## 2.2. Formas de tratamento da esquizofrenia

GABBARD (1998), afirma que não existe o tratamento de esquizofrenia. Todas as intervenções terapêuticas devem ser adaptadas às necessidades do



paciente individual. A esquizofrenia é uma doença heterogênea com manifestações clínicas que se modificam rápida e facilmente. Este autor esclarece, ainda, que uma organização útil da sintomatologia descritiva do transtorno constitui-se numa visão em três grupos: 1) sintomas positivos; 2) sintomas negativos e 3) relacionamentos pessoais desordenados, como segue:

Os sintomas positivos, incluem distúrbios do conteúdo do pensamento (como delírios), distúrbios da percepção (como alucinações) e manifestações comportamentais (como catatonia e agitação), que se desenvolvem num curto espaço de tempo e com freqüência acompanhando um episódio agudo.

Os sintomas negativos, podem ser caracterizados por uma série de padrões que sugere anormalidade da estrutura cerebral, incluindo ajustamento pré - mórbido pobre, mau desempenho escolar, maior dificuldade na manutenção de emprego, pobre desempenho na testagem cognitiva, pouca resposta a tratamento, idade precoce de início e dificuldades pré - mórbidas no funcionamento social e instrumental.

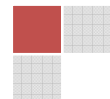
Os relacionamentos pessoais desordenados: incluem uma série de dificuldades interpessoais, tão variadas quanto a variação da personalidade humana, isolamento, expressões inadequadas de agressão e sexualidade, falta de consciência das necessidades dos outros, solicitações excessivas e incapacidade de fazer contatos significativos com outras pessoas.

GABBARD (1998), considera também, que todo paciente esquizofrênico luta com problemas nas relações interpessoais e pode mudar de grupo durante o curso da doença.

Os métodos de tratamento da esquizofrenia incluem:

- Farmacoterapia

Estudos demonstram amplamente que a medicação psicotrópica é altamente eficaz no manejo de sintomas positivos da esquizofrenia. Entretanto, os sintomas negativos e relacionamentos interpessoais perturbados são muito menos afetado pela medicação, exigindo abordagens psicossociais, pois a clozapina,



remoxaprida, risperidona e sulpiride demonstram causar um maior impacto sobre as constelações de sintomas negativos.

- **Psicoterapia Individual**

Apesar da existência de uma rica tradição clínica em psicoterapia individual psicanalítica com pacientes esquizofrênicos, pesquisas têm se empenhado muito em demonstrar que a média dos pacientes esquizofrênicos, provavelmente, obtém um benefício significativo desses esforços. Porém, os pacientes esquizofrênicos são notoriamente difíceis de se engajarem num processo psicoterapêutico.

- **Psicoterapia de Grupo**

Estudos sobre psicoterapia de grupo com pacientes esquizofrênicos sugerem que esta modalidade pode ser útil, mas enfatizam o momento de sua implementação. A época ótima parece ser depois dos sintomas positivos terem sido estabilizados por meio de intervenção farmacológica.

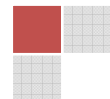
A terapia de grupo pode ser tão eficaz quanto a individual. Podendo ser úteis para criar confiança e oferecer um grupo de apoio, no qual os pacientes possam conversar livremente sobre as preocupações acerca de como manejar alucinações auditivas e como lidar com o estigma da doença mental.

- **Intervenção Familiar**

Numerosos estudos (Falloon e cols., 1982; Goldstein e Cols., 1978; Hogarty, 1984; Leff e cols; 1982) demonstram que o tratamento familiar mais a medicação antepscótica é três vezes mais eficaz que a medicação isoladamente na prevenção da recaída.

- **Tratamento Hospitalar**

Para o paciente esquizofrênico que tem uma crise psicótica aguda, a hospitalização breve oferece “um intervalo”-uma oportunidade de voltar a conviver em grupo e orientar-se novamente para o futuro e a medicação antipsicótica alivia a maior parte dos sintomas positivos. A estrutura da unidade hospitalar oferece um abrigo seguro para evitar que os pacientes causem danos a si mesmos ou aos outros. O efeito da hospitalização breve é contra-regressivo. As defesas são

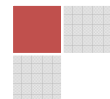


restauradas e o paciente deve retornar ao funcionamento anterior, tão prontamente quanto possível. O paciente pode começar a terapia dentro do hospital e depois continuar lá fora, o mesmo acontecendo com a reabilitação psicossocial.

A hospitalização prolongada, é indicada para pacientes esquizofrênicos que recusam a medicação, não respondem à medicação, são autodestrutivos, ou suicidas, agressivos com os outros e não têm apoio em outro sistema de suporte familiar para ajudá-los a manejarem as vicissitudes da vida diária. Estes pacientes necessitam de uma abordagem ambiental sofisticada que combine tratamento hospitalar dinamicamente informado, psicoterapia e reparo de déficits vocacionais, sociais e cognitivos. Para GABBARD (1998), a hospitalização prolongada pode ser o local ideal para a abordagem da dimensão caracteriológica que acompanha a esquizofrenia e para exame do que está por trás da não aderência do paciente.

CHABERT (s.d.) afirma que a ruptura com o real, a importância de um funcionamento dissociado, a falta da identificação de si e os vazamentos recorrentes dos quais ela é objeto são elementos significativos da esquizofrenia. As provas manifestas de um pensamento delirante, a riqueza associativa, o surgimento e a invasão dos processos primários que se apossam constantemente do campo da consciência evocam, claramente, um processo paranóide. Este marca com loucura o funcionamento psíquico, e com uma loucura invalidante porque esta impede o pensamento de se desenvolver de um modo livre das contaminações mórbidas que, com certeza, se imiscuem em toda conduta afetiva, intelectual ou adaptativa. Mas, por outro lado, este processo paranóide permite manter uma vida psíquica que, apesar de sua extrema patologia, faz o paciente existir numa atividade representacional e, portanto, em uma atividade de pensamento.

Segundo Caballo (2003), apesar da natureza grave e duradoura da esquizofrenia, muitos pacientes melhoram progressivamente e em alguns até pode ocorrer a remissão total dos sintomas nos seus últimos anos. Ele afirma,



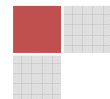
ainda, que existe uma variedade de estratégias interventivas cognitivo-comportamentais aplicáveis à esquizofrenia e esclarece que a intervenção cognitivo-comportamental não trabalha no vazio.

Assim, a fim de que o tratamento psicossocial seja eficaz para a esquizofrenia, devem ser levados em conta os ingredientes de um tratamento amplo. Os pacientes com esquizofrenia requerem um tratamento farmacológico com medicação antipsicótica, que precisa ser vigiado continuamente durante o curso da doença. Deve-se prestar atenção às necessidades básicas e médicas desses pacientes, pois este transtorno interfere, freqüentemente, com a capacidade dos pacientes para reconhecer e buscar ajuda diante das doenças físicas, ou para buscar condições adequadas de alojamento, de alimentação ou de cuidado de si mesmo. Finalmente, é crucial que os pacientes recebam um controle individual para integrar os diferentes aspectos do programa de tratamento e para assegurar a continuidade do cuidado ao longo do tempo. Segundo Caballo (2003) se não forem atendidos estes elementos básicos de um programa amplo, é pouco provável que as intervenções cognitivo-comportamentais tenham sucesso. Algumas técnicas utilizadas são, segundo este autor:

- treinamento em habilidades sociais;
- terapia familiar comportamental;
- treinamento em habilidades de enfrentamento para controlar os sintomas psicóticos;
- tratamento integrado para transtornos por consumo de substâncias psicoativas.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Goffman (2005) afirma que, para o internado, o sentido completo de estar “dentro” da instituição não existe independentemente do sentido específico que para ele tem “sair” ou ir para “fora”. Neste sentido, as instituições totais, realmente,





não procuram uma vitória cultural. Criam e mantêm um tipo específico de tensão entre o mundo doméstico e o mundo institucional, e usam essa tensão como força estratégica no controle de homens.

Por fim, pode-se afirmar que não existe um tratamento para esquizofrenia, pois cada paciente possui necessidades específicas e individuais. Dentre os recursos encontrados nas referências teóricas utilizadas, que podem ajudar no tratamento da esquizofrenia estão: o medicamentoso, a psicoterapia individual, a psicoterapia de grupo, intervenção familiar e tratamento hospitalar. Para que os recursos sejam escolhidos corretamente, deve-se considerar a necessidade de cada caso particular e não impor a todos. É importante perceber as diferenças individuais de cada paciente para obter o sucesso no tratamento.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

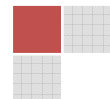
BLEGER, J. **Psico-Higiene e Psicologia Institucional**. Porto Alegre: Artmed, 1984.

CABALLO, V. **Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos**. São Paulo: Santos, 2003.

CHABERT, C. **A Psicopatologia no Exame de Rorschav**. Parma, (s.d.).

**CID-10, Classificação de Transtornos Mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

GABBARD, G. O. **Psiquiatria Psicodinâmica**. 2ª edição, Porto Alegre: Artmed, 1998.



GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva S. A, 2005.

