CENTRO UNIVERSITÁRIO FAEMA - UNIFAEMA

CAMILA MENDES VIEIRA ALVES

OS LIMITES DA PSICANÁLISE FRENTE O CONCEITO DA ESQUIZOFRENIA

ARIQUEMES - RO

2022

CAMILA MENDES VIEIRA ALVES

OS LIMITES DA PSICANÁLISE FRENTE O CONCEITO DA ESQUIZOFRENIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado á graduação em Psicologia do Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA como requisito parcial para obtenção do Grau em Bacharela em Psicologia.

Orientadora: Profa. Esp. Katiuscia Carvalho de Santana

ARIQUEMES - RO

2022

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A474l Alves, Camila Mendes Vieira.
Os limites da psicanálise frente o conceito da esquizofrenia. / Camila Mendes Vieira Alves. Ariquemes, RO: Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA, 2022.
38 f.
Orientador: Prof. Esp. Katiuscia Carvalho de Santana.
Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação em Psicologia – Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA, Ariquemes/RO, 2022.

1. Esquizofrenia. 2. Psicanálise. 3. Neurose. 4. Psicose. 5. Transtorno Mental. I. Título. II. Santana, Katiuscia Carvalho de.

CDD 150

Bibliotecária Responsável
Herta Maria de Açucena do N. Soeiro
CRB 1114/11

CAMILA MENDES VIEIRA ALVES

OS LIMITES DA PSICANÁLISE FRENTE O CONCEITO DA ESQUIZOFRENIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado á graduação em Psicologia do Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA como requisito parcial para obtenção do Grau em Bacharela em Psicologia.

Banca examinadora

Assinado digitalmente por: Katiuscia Carvalho de Santana
Razão: Sou responsável pelo documento
Localização: FAEMA - Ariquemes/RO
O tempo: 16-11-2022 20:22:09

Prof. Esp. Katiuscia Carvalho de Santana

Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA

Assinado digitalmente por: YESICA NUNEZ PUMARIEGA
Razão: Professora responsável pelo documento
Localização: Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA
O tempo: 28-11-2022 14:10:34

Prof. Ms. Yésica Nunez Pumariega

Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA

Assinado digitalmente por: Jessica de Sousa Vale
Razão: Sou responsável pelo documento
Localização: UNIFAEMA - Ariquemes/RO
O tempo: 28-11-2022 09:44:25

Prof. Ms. Jessica de Sousa Vale

Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA

ARIQUEMES-RO

2022

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela oportunidade, que me deu forças de vontade e coragem para chegar até aqui e superar todos os desafios que encontrei pelo caminho.

Ao meu esposo Ricardo, por todo companheirismo, paciência e apoio, pois sem ele ao meu lado jamais seria possível concluir esse sonho.

A minha família que mesmo de longe fizeram parte desses 5 longos anos, aos meus amigos pela compreensão das ausências e afastamento algumas vezes. As minhas companheiras de turma, em especial a Kassia, minha eterna dupla, Savana e Mari, que me ajudaram em todos os momentos e se tornaram de suma importância tanto na trajetória do curso quanto na minha vida.

A minha primeira orientadora Natali, que foi de grande importância nesse percurso, pelo incentivo e apoio. A Katiuscia pela amizade e carinho, que me deu todo auxílio e suporte para a elaboração final deste TCC.

Agradeço a todos os professores, em especial a minha querida e amada professora Yésica, por me proporcionar não somente conhecimento, mas a manifestação do caráter e afetividade no processo de formação profissional.

“A Psicanálise é, em essência, uma cura pelo amor.”

Sigmund Freud

RESUMO

A esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico de etiologia complexa que acomete de 0,2 a 2% da população. Tendo como características alterações na afetividade, comportamento, vontade, percepção, insight, linguagem, relações interpessoais, vida escolar, ocupacional, entre outros. Os transtornos esquizofrênicos são caracterizados, em geral, por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção e por afeto inadequado ou embotado. A consciência clara e a capacidade intelectual estão regularmente mantidas, embora certos déficits cognitivos possam surgir no curso do tempo. A perturbação envolve as funções mais básicas que dão à pessoa normal um senso de individualidade, unicidade e de direção de si mesmo. O objetivo deste trabalho apresentar as principais contribuições psicanalíticas acerca do conceito de esquizofrenia. Este estudo foi desenvolvido por meio de uma pesquisa de cunho bibliográfico e contou com o auxílio de diversos materiais físicos e virtuais, disponíveis nas plataformas digitais: SciELO; PEPSIC; Google Acadêmico, Periódicos e Livros. Tendo como resultados esperados a compreensão que cercam o aparecimento da doença na psicanálise onde se dá devido a falha do complexo de édipo, e suas formas de tratamento existentes que são a farmacológica e a através da psicoterapia.

Palavras-chave: Esquizofrenia. Psicanálise. Neurose. Psicose

ABSTRACT

Schizophrenia is a psychiatric disorder of complex etiology that affects 0.2 to 2% of the population. Having as characteristics changes in affectivity, behavior, will, perception, insight, language, interpersonal relationships, school life, occupational, among others. Disorders are characterized by schizophrenics, in general, by fundamental and characteristic distortions of thought and perception, and by affects, generally or blunted. Clear awareness and capacity are regularly maintained, although certain cognitive deficits may emerge over time. The disturbance involves the most basic functions that the normal person does—a sense of individuality, uniqueness, and self-direction. The objective of this work presents as main psychoanalytic contributions about the concept of schizophrenia. This study was developed through a bibliographic research with the help of several physical and virtual materials, available on digital platforms: SciELO; PEPSIC; Google Scholar, Periodicals and Books. Having as expected results the understanding surrounding the analysis of therapy where the psychological illness occurs in the failure of the Oedipus complex, and its existing forms of treatment and through psychotherapy.

Keywords: Schizophrenia. Psychoanalysis. Neurosis. Psychosis

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS
DSM – V	DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS
LILACS	LITERATURA LATINO-AMERICANA E DO CARIBE EM CIÊNCIAS DE SAÚDE
PEPSIC	PERÍODOS ELETRÔNICOS EM PSICOLOGIA
SCIELO	SCIENTIFIC ELETRONIC LIBRARY

Sumário

1 INTRODUÇÃO 9
2 OBJETIVOS 12
2.1 OBJETIVO GERAL 12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 12
3 METODOLOGIA 13
4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA 14
4.1 HISTORICIDADE DA ESQUIZOFRENIA 14
4.2 CONCEITO DE ESQUIZOFRENIA EM FREUD 16
4.3 CONTRIBUIÇÕES CONCEITUAIS DA ESQUIZOFRENIA EM LACAN 19
4.4 TEORIAS ESQUIZOFRÊNICAS 20
4.5 SINTOMAS CARACTERÍSTICOS 23
4.6 TIPOS DE ESQUIZOFRENIA 24
4.6.1 Transtorno (da Personalidade) Esquizotípica 24
4.6.2 Transtorno Delirante 24
4.6.3 Transtorno Psicótico Breve 25
4.6.4 Transtorno Esquizofreniforme 25
4.6.5 Transtorno Esquizoafetivo 25
4.6.6 Esquizofrenia simples 26
4.6.7 Esquizofrenia paranoide 27
4.6.8 Esquizofrenia hebefrênica 27
4.6.9 Esquizofrenia catatônica 28
4.6.10 Esquizofrenia indiferenciada 28
4.7 TRATAMENTO **28**
4.7.1 Tratamento Farmacológico com Antipsicóticos 28
4.7.2 Tratamento Psicoterápico 29
CONSIDERAÇÕES FINAIS 32
REFERÊNCIAS 34

1 INTRODUÇÃO

Desde o início, a clínica da psicose questiona os inúmeros setores do conhecimento. Setores que envolvem seu tratamento, origens históricas e de posições como na psicanálise, na medicina psiquiátrica e na psicopatologia. Foucault (1999) em seu livro História da Loucura mostra o contínuo interesse médico na "loucura" como uma doença psiquiátrica. Porém, a definição das diferentes classes e grupos nosológicos da psicose atravessou diversos debates para caracterizar sua descrição psiquiátrica. (Jardim, 2011)

No século XIX, houve uma grande colaboração para o conceito de demência precoce. Emil Kraepelin no período de 1856 a 1926 fez a limitação da doença classificando segundo o modelo médico através de etiologias, sintomas, cursos e resultados comuns. Kraepelin analisou alguns jovens que haviam desenvolvido um período psicótico e chegou à conclusão que havia ocorrido um "abalo psíquico", mas que não se tornavam dementes, e por esse motivo a doença podia ter evolução promissora se fosse tratada de forma correta na grande maioria dos casos. (LOPES; BURIOLA, 2015)

De acordo com Jardim (2011, p. 271): "Eugen Bleuler (1911) definiu as bases para o conceito nosológico e nosográfico do que hoje é conhecido como esquizofrenia." Bleuler foi inspirado pela psicanálise freudiana, através de Jung, seu principal assistente da psiquiatria à psicanálise.

A esquizofrenia é um distúrbio psiquiátrico tendo como particularidade mudanças de comportamento, de percepção, insight, afetiva, vínculos, vida escolar, entre outros. (LIMA; ESPÍNDOLA, 2014)

A esquizofrenia é intitulada como uma das doenças psiquiátricas mais complexas e difíceis. É estabelecida como uma síndrome clínica confusa com aparecimentos psicopatológicos variados de pensamento, sensação, sentimento e comportamento. Trata-se de uma doença com predominância dentre as condições psiquiátricas. No Brasil surgem cerca de 75.000 novos casos de esquizofrenia por ano, o que retrata 50 casos para cada 100.000 habitantes. (OLIVEIRA; FACINA; SIQUEIRA JR, 2012)

Nobre (2011) considera que a principal característica da patologia esquizofrênica é a cisão ou dissociação, assimila-se que a base desta patologia é a

cisão, a fragmentação do acordo do sujeito com o mundo externo, não como na neurose, em que os sintomas estão a cargo da fuga da realidade, na tentativa delirante de satisfação do desejo.

Na psicanálise, o esquizofrênico destaca as consequências de um complexo de édipo que fracassa no sujeito. A função exercida pelo ideal do Id, consequentemente, pelo pai, não é metaforicamente elaborada pelo sujeito psicótico como acontece na neurose, sendo determinante para a distinção entre ambas as estruturas. O ideal do Id se manifesta gradativamente como desagradável, que o espreita e o segue. As alucinações e os delírios psicóticos na paranoia e nas parafrenias são determinadas como “um esforço de reparo, atribuído ao associar a libido de volta aos objetos” (FREUD 1914/1996).

O criador da Psicanálise, logo no início de seu ensaio intitulado “A perda da realidade na Neurose e na Psicose”, aprofunda ainda mais o assunto postulando que, a serviço da realidade, o ego do neurótico pode ocultar alguns fragmentos do id, ao passo que na psicose, a confusão egóica contribui para que o sujeito se afaste da realidade a serviço do id. Para Freud (1924) à medida que a psicose é em decorrência de uma confusão parecida nas relações do ego e o mundo exterior.

Esquizofrenia se trata de um assunto com grande complexidade e tabu, pois carece de estudos específicos sobre o assunto, sendo assim, de suma importância estudos que auxiliem no maior entendimento do transtorno a longo prazo e que possam colaborar com melhorias no prognóstico destes pacientes. Portanto, esta pesquisa tem como objetivo por meio de revisão bibliográfica trazer as contribuições da clínica psicanalítica para com a esquizofrenia, tendo como benefícios esperados o de trazer respostas por meio de pesquisas teóricas e bibliográficas mais concretas sobre a esquizofrenia, suas características e tratamento.

Nesta pesquisa os dados obtidos foram a partir do levantamento e coleta de dados, buscando compreender e interpretar determinadas indagações direcionadas aos variados conceitos da esquizofrenia e aos diversos sintomas descritos pelos autores revisados, através de revisão bibliográfica. Este trabalho apresenta dificuldades, principalmente nas questões iniciais sobre a causa específica da esquizofrenia, em como ela se forma e eventualmente a dificuldade de tratamento pela psicanálise.

Segundo Freud (1911), a esquizofrenia de Bleuler é uma en-tidade clínica que se compreende na parte interior do grupo das psicoses por uma fixação propensa

localizada em uma fase muito imatura do desenvolvimento da libido, o autoerotismo. No estudo do caso Schreber, Freud elabora a hipótese de que há uma regressão nar-cisista, alcançando um abandono completo do amor objetal e a reconquista de uma satisfação autoerótica. Estabelece que os delírios de superioridade são uma consequência do mundo externo e uma manifestação do retorno da libido sobre o Id, ame-açado por um grande afluxo de energia. Nesta etapa, já ocorreu uma definição objetal, no entanto o objeto se confunde com o próprio eu do indivíduo. (Jardim, 2011). Logo, meu problema é trazer as contribuições da psicanálise no estudo da esquizofrenia.

No entanto se trata de um assunto com grande complexidade e tabu, pois carece de estudos específicos sobre o assunto, portanto, esta pesquisa tem como objetivo por meio de revisão bibliográfica trazer as contribuições atuais da clínica psicanalítica para com a esquizofrenia.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Apresentar as principais contribuições psicanalíticas acerca do conceito de esquizofrenia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir psicanálise e suas aplicações;
- Pontuar as teorias esquizofrênicas;
- Caracterizar a fisiopatologia da esquizofrenia, abordando suas classificações, diagnóstico e tratamento.

3 METODOLOGIA

A abordagem metodológica deste trabalho consiste em revisão bibliográfica descritiva e exploratória.

A pesquisa bibliográfica, para os pesquisadores, é uma das dificuldades mais significativas a serem ponderadas. Em parte, por conter inúmeros artigos científicos e dos bancos de dados bibliográficos, se torna um desafio a seleção dos artigos mais apropriados no levantamento do discurso teórico indispensável às pesquisas e aos textos acadêmicos. (TREINTA et al, 2014)

Para Minayo (1994, p.42 e 43): "A metodologia é uma peça complexa e requer bastante atenção do pesquisador. Além de uma descrição formal e técnica dos métodos a serem utilizados, ele indica as leituras que o pesquisador fez."

Dentre os critérios de inclusão é possível especificar que foram utilizados materiais bibliográficos de cunho científico que estão de acordo com a temática. Foram selecionados materiais publicados entre 1979 á 2021, visto que para a elaboração deste trabalho e contribuições importantes foi necessário a utilização de materiais bibliográficos de cunho histórico, bem como os critérios de exclusão consistiram em todos os periódicos que não se adequaram à formalidade especificada acima. E assim, resultou no total de 30 materiais utilizados sendo: 16 artigos de cunho científico, 2 dissertações e 12 livros.

O presente trabalho contou com o auxílio de diversos materiais físicos e virtuais, disponíveis nas plataformas digitais: SCIELO (Scientific Electronic Library); PEPSIC (Períodos Eletrônicos em Psicologia); LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); periódicos, livros, entre outras. Os materiais foram pesquisados no idioma português, abrangendo todos que correspondiam de forma pertinente à temática. Dessa forma, o levantamento de dados foi realizado através de instrumentos como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e o Google Acadêmico, que visou a colaborar com a construção deste trabalho de forma coerente e fundamentada na literatura.

Ao desenvolver a pesquisa de materiais e leituras, que se iniciou em dezembro de 2020, e finalizou em setembro de 2022, foram utilizados como descritores: Psicanálise; Neurose e Psicose; Esquizofrenia, onde foram combinados entre si para a formulação desta pesquisa bibliográfica, dentro das normas estabelecidas na comunidade científica ABNT.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 HISTORICIDADE DA ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia é vista como uma das doenças que torna os indivíduos mais incapazes. Sendo uma desordem crônica, causando prejuízos na vida dos pacientes com e seus familiares, prejudicando sua qualidade de vida. (SOUSA *et al*., 2017). Esses prejuízos atingem grande impacto, ocasionando perdas, pertinentes a habilidades afetivas, relacionamento social, familiar e do trabalho. As perdas objetivas e subjetivas são observadas pelos pacientes como condições que influenciam sua qualidade de vida. (SANTANA *et al.*, 2009).

Antes de passar a discutir os sintomas e as características dessa patologia, é necessário distinguir entre psicose e esquizofrenia, como já mencionado, Laplanche e Pontalis (1992) estabeleceram algumas das características que distinguem a esquizofrenia em seu âmbito estrutural.

A esquizofrenia e a paranoia estão incluídas na área de competência psicogênica, que pode ou não surgir se os sintomas forem aparentes. Segundo Aulagnier (1979), o termo potencial psicótico diz respeito à referência mais correta, (...) potencial esquizofrênico ou potencial psicótico.

Considerando essa forma de psicopatologia inserida na esquizofrenia, os autores acrescentam que esta não é uma possibilidade subjacente que todo sujeito tem, mas uma organização mental que pode não produzir sintomas óbvios, mas toda vez que podemos analisá-la, mostra que existe um pensamento delirante primário encapsulado e desinibido. Esse cisto consegue romper suas membranas e invadir o espaço mental com seu conteúdo: quando isso acontece, passamos da potencialidade à manifestação. (AULAGNIER, 1979).

Compreende-se, portanto, que o potencial psicótico componente da esquizofrenia seja característico de sujeitos suscetíveis à psicose. Uma de suas características centrais é o pensamento delirante primário, que, segundo a definição de Aulagnier, é um discurso que existe na fala do psicótico e se destina a explicar suas origens, mas não está relacionado a um modo comum de pensar.

Ainda sobre os padrões delirantes de construção do pensamento e as marcas da esquizofrenia e da paranoia, Aulagnier (1979) em seu livro A violência da

interpretação propõe a seguinte hipótese: Usamos os termos esquizofrenia e paranoia para designar modos de representação, ela se estabelece sua relação com o mundo, e essas estruturas têm como base uma declaração de origem como um traço comum que ultrapassa o que outros sujeitos têm em comum. Essa definição esclarece que o que falta no discurso da esquizofrenia é a presença de clareza compartilhada. A mente do sujeito não se baseia em uma realidade comum. Esta é uma realidade falsa cujo objetivo é explicar suas próprias origens.

Para Silva (2006) a explicação preliminar da esquizofrenia data o final do século XIX e a explicação da demência precoce por Emil Kraepelin, precursor de Eugen Bleuler que teve uma significativa intervenção acerca do conceito moderno de esquizofrenia. Os primeiros três subtipos clássicos (demência paranoide, hebefrênico e catatonia) eram referidos como doenças diferenciadas até que Kraepelin as reuniu sob o nome de demência precoce. Ao mesmo tempo com a esquizofrenia simples, inserida por Bleuler, os subtipos paranoide, hebefrênico e catatônico de Kraepelin estruturaram o grupo de esquizofrenias de Bleuler.

Kraepelin identificou três formas do transtorno: hebefrênica, catatônica e paranoide: 1) A forma hebefrênica foi retratada como uma psicose pós-pubertária definida por fenômenos regressivos: infantil, passivo e divisão da personalidade; 2) Conhecida como o estado depressivo a forma catatônica, acompanhado de uma fase de excitação, podendo evoluir para um torpor catatônico, conduzindo à fase que precede à demência terminal; 3) A forma paranoide ou delirante foi descrita como uma forma grave, com sintoma alucinatório, delírios e alucinações. (SILVA, 2021)

Silva (2006) considera que inúmeros avanços, abrangendo a definição objetiva e sistematização dos sintomas e critérios diagnósticos para esquizofrenia; a chegada das drogas antipsicóticas e a descrição de seus instrumentos de ação e modelos de respostas; e, por fim, o reconhecimento de anomalias biológicas na doença, têm em conjunto, tornado provável o aparecimento de conceitos mais essenciais de subtipos esquizofrênicos, levando em conta, peculiaridades, soluções a tratamento, prognóstico e essência patogênica.

Kraepelin (1856-1926) definiu uma classificação dos transtornos mentais se apoiando no modelo médico. O propósito era esboçar a existência de doenças com etiologia, sintomas e resultados comuns. Chamando um desses transtornos de demência precoce, pois começava no início da vida e quase sistematicamente levava

a problemas psicológicos. Os principais sintomas incluem alucinações, perturbações e sintomas catatônicos. (SILVA, 2006)

Conforme o Compêndio de Psiquiatria de Kaplan e Sadock (1999) o progresso da medicina tem proporcionado um grande desenvolvimento a respeito das bases fisiológicas da esquizofrenia. Contudo, o autor abrange que a em que se aperfeiçoam os tratamentos farmacológicos, ocorre um crescimento na importância dos fatores psicossociais que influenciam a esquizofrenia.

O Compêndio de Psiquiatria oferece a classificação das doenças de acordo com o DSM IV, e a palavra “esquizofrenia” foi oferecida por Bleuler (1857-1939) em 1911 em alteração ao conceito onde anteriormente era chamado de “demência precoce” criado por Kraepelin (1856-1926).

4.2 CONCEITO DE ESQUIZOFRENIA EM FREUD

A primeira elaboração sobre psicose de Freud, foi descrita em 1894, nos seus rascunhos H. A partir destes textos Freud apresenta a paranoia, não mencionando demência precoce ou esquizofrenia, porém para compreender a esquizofrenia e seus processos psíquicos na visão psicanalítica é necessária uma discussão em torno de tal conceito. Apesar de os princípios de comportamentos e desenvolvimentos da paranoia e esquizofrenia serem parecidos, eles não são iguais. (CIDADE, 2007)

Freud (1915) conceitua a paranoia como um método de defesa patológica do id, com o mesmo fundamento de conduta da histeria, da neurose obsessiva e confusão alucinatória. No artigo O Inconsciente (1915), Freud dedica-se à esquizofrenia pela primeira vez. Neste artigo Freud especula o processo de formação dos sintomas esquizofrênicos. A libido é retirada pela perda de um objeto, não procurando um novo objeto mais se refugiando em seu ego. As catexias objetais são afastadas, recuperando uma condição primitiva de narcisismo de ausência de objeto. A inabilidade de transferência desses pacientes, seu desprezo ao mundo externo, aparentam apoiar o pressuposto que suas catexias libidinais foram desamparados.

Para Freud (1924) a diferença entre conflito da neurose e psicose se aproveita do esquema da localização tópica do conflito. Na psicose esse conflito acontece entre o Id e a realidade externa, na neurose acontece entre o Id e o Ego. A neurose aparece como um resultado a uma condição do Id, fazendo com que o ego construa uma defesa, o protegendo da exigência do Id, criando assim o sintoma.

Na neurose a consequência do conflito é a formação do sintoma, enquanto na psicose o efeito do conflito com a realidade é um reparo na realidade. Na neurose o ego ignora uma parte da realidade e na psicose o Id modifica a realidade, a partir de uma construção delirante. (CIDADE, 2007)

Na esquizofrenia, quando a catexia libidinal retorna, ela se torna mais extensa e intensa que na paranoia, retornando assim para o autoerotismo infantil. Simanke (1994) considera que um provável recurso se estrutura a partir da singularidade do ponto de fixação da esquizofrenia. O desfecho mais prejudicial é o fracasso na reconstrução da realidade perdida, onde leva a esquizofrenia num retorno até o autoerotismo infantil.

Freud (1915) destaca que o discurso esquizofrênico é comandado pelo processo primário de condensação-deslocamento. Percorrendo através da condensação, e com o auxílio do deslocamento atravessam totalmente as suas catexias de uma para a outra. O método é capaz de ir tão longe, que apenas uma única palavra pode revelar a representação de toda a ligação do pensamento.

A possibilidade de a esquizofrenia se manifestar do desligamento da libido objetal aparece a partir da teoria da representação, permitindo estabelecer a diferença de forma entre esquizofrenia e paranoia. Na paranoia o retorno da energia libidinal ocorre para o narcisismo, e na esquizofrenia ocorre o desligamento da energia libidinal, em relação aos objetos, tendo um retorno ao autoerotismo infantil. (CIDADE, 2007)

Freud desdobra a ideia de representação de coisa em duas categorias: Representação de Coisa e Representação de Palavra. No esquizofrênico, a retirada da catexia libidinal acontece na Representação de Coisa, e sua energia procura como objeto a Representação de Palavra, ocasionando o surgimento de delírios. O psicótico é submetido a buscar nas palavras aquilo que buscaria nas coisas. (CIDADE, 2007)

A esquizofrenia parece se estabelecer como o oposto do inconsciente, parece provocar a anulação do que ficou definido como inconsciente, ou seja, restando apenas a representação da palavra. (SIMANKE, 1994)

A partir desta informação é plausível imaginar que Freud situa o esquizofrênico como o indivíduo que não possui inconsciente. O esquema de Freud é não abandonar o ponto de vista dinâmico do inconsciente, criando a ideia do ID, já que com a esquizofrenia o inconsciente não pode ser local do recalcado. (CIDADE, 2007)

De acordo com Simanke (1994), Freud foi guiado à fala da carência de opinião que reduz o inconsciente ao reprimido, a condição da esquizofrenia deixar de ser considerada o inverso do inconsciente, sendo válida a ideia de que ele se instale no inverso do reprimido.

O texto de 1911 nos proporciona entender observações feitas em textos anteriores, um deles é a correlação entre o delírio e a alucinação. No esboço K, Freud apresenta os delírios e as alucinações na paranoia, e suas ligações com a defesa. Ele dispõe o delírio de observação, perto das alucinações táteis, visuais e auditivas, como sintomas da regressão do recalcado. Em contrapartida, ele fala de outro tipo de delírio, sendo os delírios de assimilação ou interpretativos. (CALAZANS; DOS REIS, 2014)

A esquizofrenia e a paranoia são estabelecidas no quadro das psicoses, ambas possuem em comum o mecanismo de defesa, consistindo em retirar a libido dos objetos externos. Freud destaca que o aparelho inconsciente inclui as primeiras e autênticas aplicações objetais. Compreendemos que nas psicoses a libido é afastada dos objetos. Na verdade, a libido resultante do sistema inconsciente é removida das Representações de Coisa, os verdadeiros benefícios objetais são extintos, permanecendo somente as ideias do pré-consciente. A regressão na esquizofrenia se resume a libido do inconsciente sendo retirada das Representações de Coisa. (CALAZANS; DOS REIS, 2014)

O conceito de “psicose” foi descrito durante quase dois séculos pela psiquiatria. Esse conceito definia ou define uma estrutura psíquica de fundo – caracterizada por uma relação prejudicada com a realidade –, oposta à neurose. Os primeiros escritos da obra freudiana categorizam os transtornos emocionais em três grupos e Freud os intitulava de psiconeuroses. (ZIMERMAN, 1999).

O conflito essencial da psicose reside no fracasso da auto-organização e de sua relação com o mundo exterior. Nesses casos, onde há uma grande lacuna na relação entre o mundo externo e o mundo interno – de acordo com a hipótese de Freud (1924) em Neurose e psicose – os sintomas da esquizofrenia se manifestam como “...tentativa de curar ou reestruturar”.

Podemos esboçar o sentido da esquizofrenia em três passos: designação, manifestação e significação. Sendo talvez possível entender o sentido que a psicanálise de Freud concede aos esquizofrênicos. 1) A designação da esquizofrenia é fundamentada na psiquiatria do final do século XIX, Freud não sugeriu um

diagnóstico para a esquizofrenia. O esquizofrênico faz as suas energias libidinais serem deslocadas dos objetos, voltando para o próprio corpo. Freud possui um grande interesse teórico para a esquizofrenia, não recomendando inclusive o método analítico para o tratamento das psicoses. 2) A manifestação do conceito manifesta a inutilidade da clínica freudiana ao tratar os desafios dos esquizofrênicos. A clínica de Freud era metódica, fundada na transferência e interpretação de perdas de conflitos psíquicos. Freud se vê forçado a se suspender um pouco na esquizofrenia, pois queria elaborar uma teoria de subjetividade. 3) A significação da esquizofrenia atravessa o ponto da questão da esquizofrenia. Para Freud, o esquizofrênico é a pessoa que assume a palavra pela coisa, sendo seu inconsciente estruturado de outro jeito. O esquizofrênico é o sujeito que detém como defesa a mudança do mundo, sendo essa mudança delirante e considerada como um reparo. (CIDADE, 2007)

De acordo com Cidade (2007), Freud cria uma teoria psicanalítica para o esquizofrênico, para explorar o complexo de Édipo. É como se a expansão do édipo, sendo aqueles que passam pela castração não se tornam esquizofrênicos, e aqueles que não passam por essa castração se tornam indivíduos esquizofrênicos. É primordial para a psicanálise a reflexão da esquizofrenia e da psicose, mesmo que não as tratem, esses grupos são necessários para validar e confirmar a posição do complexo de édipo como universal. Todos os seres humanos são relacionados a eles, os que passam pela castração se tornam neuróticos, e aqueles que não passam são psicóticos.

4.3 CONTRIBUIÇÕES CONCEITUAIS DA ESQUIZOFRENIA EM LACAN

A formulação Lacaniana a respeito da psicose e da esquizofrenia está fundamentada em dois textos: Seminário 3, “As Psicoses", e um artigo chamado “O tratamento possível das psicoses”. Neste artigo, Lacan discute sobre a alucinação e diverge do posicionamento em relação a psiquiatria, onde define a alucinação como uma percepção compreensível e estabelecida de um objeto sem a sua presença real. Seus discursos a respeito da esquizofrenia são incomuns e resumidos. (CIDADE, 2007)

Para Cidade (2007) É provável compreender a alucinação existente na psicose como similar a formação neurótica do sintoma, sendo esse sintoma resultado da regressão recalcada, na psicose essa regressão acontece como voz pois o

recalque é imaginário. Lacan estuda o resultado sobre o sujeito a partir do caso Schereber, resumindo suas alucinações em dois tipos: Fenômenos de código e Fenômenos de mensagem. O Fenômeno de Código está presente quando o único ponto importante é o objeto de informação, tornando-se descrita em palavras. Já o Fenômeno de Mensagem ocorre quando a alucinação envolve o sujeito.

Lacan (1985) desenvolve o sentido da esquizofrenia em três passos, o primeiro é a designação, o segundo a manifestação e o terceiro a sua significação. Na manifestação, Lacan propõe um diagnóstico diferente do que é proposto pela psiquiatria, a esquizofrenia é diagnosticada contemplando os fenômenos da foraclusão, onde possuem como o seu alvo o corpo, lembrando que para Lacan a foraclusão é a não existência do nome do pai na fala do sujeito. Na esquizofrenia não existe a falta, fazendo com que seus sintomas sejam corporais e não possuindo uma relação simbólica.

Para Lacan (1985) a manifestação ocorre da seguinte maneira: é o retorno de algo que não foi simbolizado. Freud confirma que isso ocorre quando o esquizofrênico produz um reparo na realidade. Fazendo com que o esquizofrênico possua uma organização parecida com a do neurótico, porém essa organização não está relacionada pelo recalque, como ocorre no neurótico, mais pela foraclusão. Sendo assim, o esclarecimento dos fenômenos psicóticos se fundamenta na não existência do nome-do-pai ou do fracasso que ocorre no Complexo de Édipo.

Na significação a esquizofrenia é estabelecida como a incapacidade da existência de um eu que integre as representações corporais. Ou seja, o esquizofrênico é aquele que segue sendo o sujeito incapaz de enfrentar as relações entre o real e o ideal. (CIDADE, 2007)

4.4 TEORIAS ESQUIZOFRÊNICAS

Segundo Silva (2006), a esquizofrenia é uma psicose crônica, representando um conjunto de várias doenças com sintomas que se representam e se aplicam. Consequentemente, é um transtorno causado por alguns fatores que se comunicam, formando situações, as quais podem ser pertinentes ou não ao aparecimento do transtorno. Para Silva (2006, p.267): "As causas da esquizofrenia ainda são desconhecidas." Porém, ainda segundo ele, já se designa a desorganização da

personalidade, à relação de variáveis biológicas, psicológicas e culturais, entre as quais evidenciam as de natureza genética.

A esquizofrenia é uma desorganização hereditária. Ter um parente com esquizofrenia é o motivo de risco mais coerente e considerável para o desenvolvimento da doença. Uma ligação simples pode ser identificada entre o risco de esquizofrenia e o grau de parentesco a uma pessoa com esquizofrenia. Apesar de as estimativas se alterarem, a taxa de conformidade para esquizofrenia em gêmeos idênticos é entre 50 % e, para gêmeos dizigóticos, é de 12 %, sendo consideravelmente maior que o 1 % de risco da população geral. (SILVA, 2006)

Ainda que se encontrem várias eventualidades bioquímicas desenvolvidas para esclarecer a origem da esquizofrenia, a hiperfunção dopaminérgica central, na atualidade é a mais bem analisada e mais reconhecida. Contudo, acredita-se que mais adiante do sistema dopaminérgico, outros sistemas de neurotransmissores centrais atuam em algum papel, sendo possível que vários sistemas se encontram envolvidos simultaneamente. (LIEBERMAN; MAILMAN; DUNCAM, 1998, APUD SILVA, 2006)

A hipótese dopaminérgica foi fundamentada na investigação de que certas drogas possuíam capacidade em impulsionar a neurotransmissão da dopamina. Percebeu-se que a droga psicoestimulante anfetamina, quando administrada em doses grandes e constantes, pode originar uma psicose tóxica com características parecidas às da esquizofrenia paranoide em fase ativa. Pode ser capaz de que os sintomas esquizofreniformes sejam pertinentes ao excesso de atividade dopaminérgica definido pela anfetamina. "Sabe-se que essa droga atua nos terminais dopaminérgicos aumentando a liberação de DA, além de impedir sua inativação na fenda sináptica, por inibir o mecanismo neuronal de recaptação existente na membrana pré-sináptica." (SILVA, 2006, p. 268)

Novas evidências científicas, durante as últimas décadas levaram a esquizofrenia a uma hipótese reestruturada da patogênese fundamentada em métodos relacionados ao desenvolvimento cerebral. Existem alguns estudos apresentando que eventos de ocorrência precoce, são capazes de ser de importância primordial na etiologia de uma parte dos casos de esquizofrenia, atuando no desenvolvimento normal de certas estruturas cerebrais e transformando o indivíduo exposto ao surgimento mais prolongado dos sintomas da doença. (SILVA, 2006)

Silva (2006) considera que a má nutrição do feto, abrangendo a limitação no fornecimento de oxigênio, glicose, ferro entre outros são capazes de levar a danos no desenvolvimento do sistema nervoso central. O nascimento prematuro aparenta aumentar o risco para a esquizofrenia. Episódios que antecedem o nascimento e complicações durante o parto são capazes de causar danos ao hipocampo e ao córtex cerebral, por causa hipóxia ou isquemia. Causalidades que danificam o desenvolvimento cerebral no decorrer da gestação e a fase perinatal estão diretamente relacionados à esquizofrenia. Porém, algumas restrições devem ser feitas. Ainda que significativos, esses efeitos são de pequena importância e podem explicar uma pequena porcentagem dos casos.

Alguns estudos na década de 1970, identificaram alguns sinais de atrofia cerebral através de uma técnica de tomografia computadorizada, além da atrofia, detectaram também possíveis alargamentos dos ventrículos cerebrais e aumento dos sulcos corticais (reentrâncias que todos têm no cérebro, que conferem aquele aspecto "enrugado" dele) em pacientes esquizofrênicos. Desde então surgiu um interesse em estudos patológicos em cérebros de pacientes esquizofrênicos post-mortem. Alguns estudos mais recentes indicam que os cérebros de alguns pacientes com esquizofrenia são menores e mais leves quando comparados a indivíduos normais. Algumas alterações cerebrais mais situadas têm sido identificadas, e a área mais frequente são as porções mediais dos lobos frontais, principalmente hipocampo e giro para-hipocampal. (SILVA, 2006)

Em meados da década de 80 passou a se utilizar os estudos através da ressonância magnética, onde possibilita uma maior resolução, e diferenciação entre a substância cinzenta e branca, deixando assim de usar a radiação ionizante. Os estudos feitos através da ressonância magnética têm questionado os achados sobre os alargamentos de sulcos corticais na esquizofrenia, e reconhecem diminuições volumétricas de substância cinzenta nos cérebros de pacientes esquizofrênicos. (FILHO, 2000)

No início da década de 40, teorias psicológicas empenharam-se em explicar a esquizofrenia a partir de relacionamentos familiares patológicos e princípios de comunicação desordenados que tiveram força, levando certas escolas do pensamento psiquiátrico. Os avanços estruturais que tanto têm colaborado para o primor dos critérios diagnósticos de esquizofrenia e para a elucidação das bases biológicas da doença, passaram a ser utilizados na investigação dos aspectos

psicossociais. Duas frentes em especial têm evidenciado, que se fatores psicossociais não estão antes de tudo relacionados com a etiologia da doença, claramente induzem a forma da manifestação e o curso dos sintomas esquizofrênicos. Um destes grupos refere-se ao ambiente familiar de pacientes esquizofrênicos. Outro grupo atual de pesquisa diz respeito ao estudo da atuação de “ocorrências estressores psicossociais” na trajetória da doença. Acredita-se que o rumo de várias doenças de simples etiologia biológica pode ser influenciada por mudança na rotina, perda de familiar que seja mais próximo, mudança de moradia etc. (SILVA, 2006).

4.5 SINTOMAS CARACTERÍSTICOS

De acordo com Alves e Silva (2001) os sintomas da esquizofrenia são conhecidos por sintomas positivos e sintomas negativos. Os sintomas positivos são caracterizados por alteração dos funcionamentos normais psíquicos, já os sintomas negativos podem ser caracterizados como a perda dessas funções psíquicas.

Os primeiros sinais e sintomas da doença aparecem com mais frequência na adolescência ou início da idade adulta. Podem aparecer de forma repentina, sintomas que antecedem a doença não são muito específicos, estes podem incluir perda de energia e interesses, indivíduo pode aparentar um humor deprimido, isolamento, abandono da aparência pessoal e higiene, permanecendo por umas semanas ou até meses antes do surgimento dos sintomas mais particulares da doença. (SILVA, 2006)

A esquizofrenia e outros transtornos psicóticos incluem esquizofrenia, outros transtornos psicóticos e transtorno esquizotípica. Os transtornos são determinados por alguns desequilíbrios a seguir: delírios, alucinações, pensamento desorganizado, comportamento desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos. (DSM V, 2014)

Os sintomas gerados pela esquizofrenia são os mais severos dentre as enfermidades psiquiátricas. Pois acometem a perda do controle da vida e das emoções. O indivíduo perde a noção do que é ou não é real, passando a viver num mundo repleto de ideias visuais, auditivas e sensitivas que somente ele vê e ouve, ou seja, passa a viver de forma totalmente solitária. (OLIVEIRA *et al*, 2012)

Segundo o (DSM V, 2014), o Espectro Esquizofrênico compreende Transtorno da Personalidade Esquizotípica; Transtorno Delirante; Psicose;

Transtorno Psicótico Breve; Transtorno Esquizofreniforme; Esquizofrenia com ou sem transtorno esquizoafetivo associado; Transtorno psicótico estimulado por substância/medicamento; Transtorno psicótico por motivo de condição médica e outros transtornos especificados ou não especificados.

Dentre as características principais que definem os transtornos psicóticos estão o delírio, as alucinações, desorganização de pensamento e discurso, comportamento anormal ou desorganizado e sintomas negativos, que incluem expressão emocional diminuída e avolia (uma redução nas atividades motivadas, autoiniciadas e que têm finalidade, ou seja, o indivíduo pode ficar sentado por longos períodos, mostrando pequeno interesse em participar de atividades sociais ou profissionais) (DSM V, 2014)

4.6 TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

De acordo com o DSM V (2014) e CID 10 (1993) a esquizofrenia é subdividida em tipos, e cada uma possui as suas próprias características.

Apesar de o adjetivo “psicótico” se encontrar nas classificações, desde a terceira revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-III), de 1980 (APA, 1980), deixou-se o entendimento de “psicose” como categoria que qualificava uma classe de patologias delimitadas da “neurose”. (TENÓRIO, 2016).

4.6.1 Transtorno (da Personalidade) Esquizotípica

Este transtorno é apontado como parte dos transtornos da esquizofrenia, sendo denominado como transtorno esquizotípico, e é abordado no capítulo do DSM-5 sobre “Transtornos da Personalidade”. (DSM V, 2014)

4.6.2 Transtorno Delirante

Segundo o DSM V (2014) os principais critérios de inclusão são presença de um delírio ou mais delírios com período de um mês ou mais; alucinações quando presentes, não são grandes tendo relação com o tema do delírio; eventos maníacos ou depressivos acontecem de forma breve levando em conta a comparação com a duração dos períodos em que ocorrem os delírios; a perturbação não se dá devido os

efeitos fisiológicos de uma substância, não estando mais explicada por outro transtorno mental, como o transtorno obsessiva-compulsivo ou o transtorno dismórfico corporal.

Dentro do transtorno delirante existem subtipos, tendo como os mais comuns, tipo erotomaníaco: dá-se quando o assunto principal do delírio é o de que uma outra pessoa está apaixonada por ele; o tipo grandioso: acontece quando o tema do delírio é a confiança de ter um grande talento, apesar de não ser reconhecido, um insight ou uma descoberta significativa e o tipo ciumento: detém do ponto do delírio do sujeito de que seu companheiro ou seu parceiro é infiel. (DSM V, 2014)

4.6.3 Transtorno Psicótico Breve

Apresenta como critério os delírios, as alucinações, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico. A duração de um episódio da perturbação acontece pelo menos um dia, podendo durar até um mês. A perturbação não é claramente explicada por transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar tendo suas características psicóticas, outro transtorno psicótico como a esquizofrenia ou catatonia, e não necessita dos efeitos fisiológicos de uma substância ou alguma outra situação médica. (DSM-V, 2014)

4.6.4 Transtorno Esquizofreniforme

As especificações diagnósticas de acordo com o DSM V (2014) definem dois itens ou mais a seguir, cada um existente por uma quantia relevante de tempo durante um intervalo entre um mês ou menos. São eles, os delírios, as alucinações, o discurso desorganizado. Um evento do transtorno com a permanência de pelo menos um mês, mas menos do que seis meses. No momento em que deve ser realizado um diagnóstico sem esperar a recuperação, ele deve ser caracterizado como “provisório”. A perturbação não é conferida aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

4.6.5 Transtorno Esquizoafetivo

Para o DSM V (2014) Um período contínuo de doença ao longo de um evento depressivo maior ou maníaco simultâneo com alguns dos critérios da esquizofrenia.

Os delírios ou as alucinações por duas semanas ou mais na falta de episódio depressivo maior ou maníaco ao longo da duração da doença. Os sintomas que correspondem às especificações para um episódio de humor estão visíveis na maior parte do tempo das fases intensa e restante da doença. A perturbação não é capaz de ser designada as decorrências de uma substância ou de outra situação médica. Dentro do transtorno esquizoafetivo existem dois subtipos, tipo bipolar; tipo depressivo.

Antes do surgimento de sintomas esquizofrênicos específicos há às vezes um intervalo de semanas ou meses durante o qual um prefácio de sintomas não característicos surge. Esses sintomas não são diagnósticos de nenhum transtorno específico, porém não são típicos do estado saudável do indivíduo. (CID 10, 1993)

4.6.6 Esquizofrenia simples

Para o CID 10 (1993), essa classe foi mantida devido ao seu uso frequente em alguns países e devido à dúvida sobre sua natureza e suas relações com o transtorno de personalidade esquizoide e o transtorno esquizotípico. Os critérios propostos para sua diferenciação ressaltam os problemas de definição dos limites desse grupo inteiro de transtornos em termos práticos.

Os transtornos esquizofrênicos são caracterizados, por distorções do pensamento e da compreensão e por afeto inoportuno ou perturbado. A consciência nítida e a habilidade intelectual estão comumente mantidas, ainda que alguns déficits cognitivos sejam capazes de surgir ao longo do tempo. A desordem implica as tarefas mais simples que oferecem à pessoa normalmente um senso de individualidade, os pensamentos e sentimentos são sentidos ou compartilhados por outros e são capazes de desenvolver delírios, fazendo com que forças naturais ou sobrenaturais cuidem de forma a manipular os pensamentos e as ações do indivíduo atingido, de formas que muitas vezes estranhas. (CID 10, 1993)

Embora nenhum sintoma possa ser identificado estritamente, é importante ressaltar alguns deles para o diagnóstico da esquizofrenia. Segundo o CID 10 (1993), eco do pensamento, adição ou roubo do pensamento; delírios de controle; vozes alucinatórias comentando o comportamento do paciente; delírios persistentes de outros tipos que são culturalmente inapropriados e completamente impossíveis, tais como identidade política ou religiosa ou poderes e capacidades sobre-humanas;

alucinações persistentes de qualquer modalidade; intercepções no curso do pensamento resultando em discurso incoerente, irrelevante ou neologismos; comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada ou flexibilidade cérea, negativismo, mutismo e estupor; sintomas "negativos", tais como apatia, pobreza do discurso frequentemente resultando em isolamento social e diminuição do desempenho social.

4.6.7 Esquizofrenia paranoide

É o tipo de esquizofrenia mais comum em algumas partes do mundo. O quadro clínico é comandado por delírios estáveis, com frequência paranoides, frequentemente acompanhados por alucinações e perturbações da percepção. São exemplos dos sintomas paranoides mais comuns: alucinações de que estão sendo perseguidos, delírios de que possuem ascendência importante, delírios de missões especiais, mudanças corporais ou ciúmes; vozes delirantes que perturbam o paciente e dão ordens, alucinações auditivas como assobios e risos; alucinações olfativas, de vivências sexuais ou corporais; alucinações visuais que podem ocorrer, mas não são predominantes. (CID 10, 1993)

4.6.8 Esquizofrenia hebefrênica

De acordo com o CID 10 (1993) uma forma de esquizofrenia na qual as mudanças afetivas são elevadas, os delírios e as alucinações momentâneas e limitadas e o comportamento precipitado e inesperado. O afeto é raso e desapropriado e algumas vezes seguido por sorrisos ou risadinhas de autossatisfação, brincadeiras, caretas e frases repetidas. O pensamento está bagunçado e a fala é cheia de fantasias e incoerência. A hebefrenia deve ser diagnosticada pela primeira vez em adolescentes e adultos jovens. A personalidade pré-mórbida é característica, tímida e solitária. Para um diagnóstico correto de hebefrenia, um intervalo de 2 a 3 meses de constante observação é comumente necessário.

4.6.9 Esquizofrenia catatônica

O CID 10 (1993) considera que perturbações psicomotoras são aspectos dominantes na esquizofrenia catatônica e podem se alternar entre extremos. Sintomas catatônicos breves e separados podem ocorrer na condição de qualquer outro subtipo de esquizofrenia, porém para a identificação da esquizofrenia catatônica, um ou mais das seguidas reações devem influenciar o quadro clínico: paralisia ou mutismo; agitação; rigor e outros sintomas, tais como submissão involuntária (cumprimento automático de instruções).

4.6.10 Esquizofrenia indiferenciada

Exigências que atendem os critérios diagnósticos comuns para esquizofrenia, porém não se adequa a nenhum dos subtipos ou manifestam características de mais de um deles, sem influência de um grupo de características diagnósticas em particular. Satisfazem os critérios diagnósticos para esquizofrenia; não atendem os critérios para os subtipos catatônico, paranoide ou hebefrênico; não satisfazem os critérios para esquizofrenia residual ou depressão pós-esquizofrênica. E inclui esquizofrenia atípica. (CID 10, 1993)

4.7 TRATAMENTO

4.7.1 Tratamento Farmacológico com Antipsicóticos

A palavra psicose representa os transtornos psiquiátricos graves, frequentemente de origem desconhecida. Nestas circunstâncias são encontradas alterações do comportamento, inaptidão de pensar e de compreender a realidade. Existe um grande envolvimento do pensamento e das emoções, porém a orientação e a memória continuam preservadas. No início dos anos cinquenta não se possuíam recursos suficientes para tratar os doentes psicóticos, além de escassos eram muitos limitados, e a solução da época era colocá-los em hospitais psiquiátricos ou asilos, onde jamais sairiam. O início da administração dos medicamentos antipsicóticos se deu a partir do ano 1952, esse movimento foi fundamental para a melhoria no tratamento dessa população. Outro importante marco foi a criação dos neurolépticos,

que marca o início da Psicofarmacologia contemporânea, e se caracteriza por sua ação psicotrópica, com efeitos sedativos e psicomotores. (SILVA, 2006)

Alves (2001) considera a esquizofrenia como uma perturbação crônica que carece de tratamento farmacológico para uma melhor condição de vida e melhoras em seus sintomas. Com a descoberta dos medicamentos antipsicóticos, iniciou-se um tratamento farmacológico para a esquizofrenia. A inserção dos antipsicóticos tornou-se uma grande revolução na psiquiatria, permitindo que os doentes mentais que estavam internados em manicômios pudessem ir para casa e fossem medicados para que pudessem voltar a conviver em sociedade.

A utilização de antipsicóticos modernizou os tratamentos com pacientes esquizofrênicos, resultando em melhoras significativas mostrando alguns benefícios clínicos resultantes do uso destes fármacos. Os medicamentos levam dias e até semanas para surtirem seus efeitos esperados, porém não fazem mais que aliviar os mais severos sintomas, sendo estes incapazes de curar os pacientes. São efetivos no tratamento clínico dos sintomas, mantendo a longo prazo a manutenção do tratamento e evitando novas hospitalizações. (SILVA, 2006)

4.7.2 Tratamento Psicoterápico

Alguns dos objetivos da psicoterapia consistem em oferecer suporte, informações sobre doenças e modos de lidar com ela. Instaurar contato com a realidade, fazendo com o que seu paciente seja capaz de reconhecer suas experiências e aprendendo a diferenciá-las das delirantes ou das que não são reais. Conhecer os fatores estressores e ensiná-los a lidar com tais eventos, sendo alguns desses fatores relacionados a recaídas da doença. (ZANINI, 2000)

De acordo com Silva (2006), a partir da inserção dos antipsicóticos na década de 50, a parcela de pacientes internados por doenças psicóticas diminuiu. Lamentavelmente, pacientes que eram incapazes muitas vezes eram restabelecidos na sociedade completamente despreparados para enfrentar as exigências sociais. Ou seja, a medicação deve ser utilizada para reduzir os sintomas positivos da doença e evitar recaídas psicóticas, porém o apoio psicoterápico auxilia o paciente a se integrar ao ambiente, enfrentando possíveis fatores de estresse.

A terapia pode ajudar o paciente a progredir em sua habilidade de determinar, identificar e cuidar de seus diversos sentimentos e sensações, fazendo com que ele

conquiste uma maior independência, resultando assim em uma evolução nos padrões de comportamento e melhora em sua qualidade de vida e podendo ajudar em sua readaptação social fora do ambiente terapêutico.

Para Zimmer e Abreu (2015) o tratamento de pessoas com esquizofrenia vai mais adiante do que somente o controle dos sintomas, sendo que somente uma pequena parte desses pacientes tem acesso a tratamentos psicológicos e psicossociais. Mesmo com o uso dos antipsicóticos que ajudam os pacientes em suas recaídas ou crises, ainda é necessário o uso de acompanhamento terapêutico, psicossocial e reorientação e até de aprendizagem de novas habilidades.

Silva (2006) considera que anteriormente na década de 1970 as terapias utilizadas para o tratamento da esquizofrenia se baseavam em psicoterapias individuais, de grupo e teorias psicodinâmicas, e até mesmo em algumas que consideravam a causa da esquizofrenia como padrões patogênicos de comportamento. Esses métodos além de não eficazes, rotulavam as famílias dos pacientes, onde em sua maioria eram o seu principal ponto de apoio. De acordo com alguns estudos diferentes maneiras de intervenções e a terapia cognitiva comportamental estão entre os mais abordados como melhores tratamentos para a esquizofrenia.

Na década de 80, apareceram novas intervenções psicológicas que foram lançadas para possibilitar a aprendizagem de novas habilidades sociais, reduzindo suas recaídas e ajudando em seu âmbito familiar. Com os resultados positivos recebidos foi viabilizado um maior interesse em terapias psicológicas para sujeitos esquizofrênicos. Neste período se utilizava a terapia cognitiva para sintomas de depressão o que acabou estimulando médicos e pesquisadores a utilizarem suas técnicas no tratamento de sintomas psicóticos. A influência da terapia cognitiva para os sintomas da esquizofrenia foi descrita por Beck em 1952, onde ele utilizou algumas técnicas cognitivas no tratamento de um paciente paranoide. (SILVA, 2006)

Pacientes esquizofrênicos quase nunca toleram altos níveis de tensão, por conta disto o terapeuta deve observar a expressão dos afetos, para que exista um ambiente de respeito e compreensão. Podendo sugerir a participação, ou seja, para que ele conduza ativamente a sessão. Para Zanini (2000) os grupos terapêuticos não são tão eficientes como as terapias individuais, para os processos emocionais inconscientes. Interpretações são fundamentais quando se referem a sentimentos presentes, porém não acessíveis ao consciente. A análise da transferência tem de

contemplar um lugar no tratamento, sendo o terapeuta capaz de colocar suas intervenções onde não irá confrontar demais seu paciente.

Pacientes esquizofrênicos podem criar projeções em seu terapeuta, distorcendo assim a realidade, com isso o terapeuta neutro auxiliará o paciente a diferenciar o que é realidade e o que é fantasia. Para Zanini (2000) é mais pertinente que o terapeuta trabalhe com o paciente agora, fazendo poucas investigações ao passado, pois muitos pacientes possuem dificuldades em distinguir sua memória de suas fantasias. O terapeuta deve sempre disponibilizar a intervenção necessária e apropriada para cada tipo de paciente, não supervalorizando os pacientes e nem possibilitando intervenções que são além de suas capacidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A esquizofrenia pode ser considerada uma das doenças mais agressivas nas áreas da psiquiatria e psicologia. É um transtorno mental confuso com manifestações psicopatológicas de pensamento, percepção e comportamento. Apesar de sua origem ainda ser desconhecida existem alguns fatores para seu aparecimento, como os fatores etiológicos, genéticos, neuroquímicos e biopsicossociais.

Com uma diversidade de sintomas, como as alucinações e delírios, desorganização de pensamentos, isolamento social entre outros, a esquizofrenia é um transtorno mental grave, podendo se tornar debilitante em alguns indivíduos e sendo capaz de gerar grande sofrimento, visto que o indivíduo experimenta crises que resultam na degeneração de seu funcionamento, podendo causar danos e perdas na sua vida e sua família.

A esquizofrenia surgiu a partir do desenvolvimento da psiquiatria e do tratamento médico da saúde mental, seu conceito fortaleceu os modos de formação atuais. Tendo se expandido para além do que era território do manicômio, e se tornando um conceito aberto a outras áreas como a psicologia, enfermaria entre outras. A psiquiatria traz a esquizofrenia como uma soma de sintomas de sofrimentos para o indivíduo e sua família.

A psicanálise encara como uma nova clínica a ser desbravada, servindo como um esclarecimento da falha de uma resolução no complexo de édipo, e traz principalmente a dificuldade da psicanálise em tratar transtornos mentais psicóticos, como a esquizofrenia. A Terapia Cognitiva Comportamental hoje é a terapia mais indicada para pessoas com esquizofrenia, pois irão trabalhar com a reinserção do paciente na sociedade, visto que é uma doença onde não conseguem ser trabalhadas traumas ou questões da infância como são feitos alguns tratamentos psicanalíticos.

Portanto, pode se concluir que compreender a esquizofrenia é de fundamental valor na área da saúde para conhecer um pouco mais da doença em si, acompanhamento do paciente e as formas apropriadas de tratamento podendo ser composta por medicamentos, psicoterápica e socioterápica a fim proporcionar uma qualidade de vida ao paciente e sua família.

Sendo a terapia de grande valia para ajudar o paciente a conseguir se inserir na sociedade, e conseguir viver com uma melhor qualidade de vida. A esquizofrenia

é um transtorno grave e que carece de estudos recentes, sugerindo assim a necessidade de estudos atuais acerca do tema.

REFERÊNCIAS

Alves, C. R. R. S.; Araújo M. T. **A esquizofrenia e seu tratamento farmacológico. Estudos de Psicologia (Campinas)** [online]. 2001, v. 18, n. 1 [Acessado 25 outubro 2021], pp. 12-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2001000100002>. Acesso em: 18 Jul 2014.

AULAGNIER, P. (1979). **A violência da interpretação: do pictograma ao enunciado.** Rio de Janeiro: Imago.

AULAGNIER, P. (1991). **Nascimento de um corpo, origem de uma história. In: Aulagnier,** Hornstein et. al. Cuerpo, história, interpretación, Buenos Aires: Paidós, pp. 117-170. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/4nZTGgn4SgFx6TMx474RQPd/?format=pdf&lang=pt.> Acesso em: 02 de setembro de 2021.

Busatto Filho, G. **A anatomia estrutural e funcional da esquizofrenia: achados de neuropatologia e neuroimagem.** Brazilian Journal of Psychiatry [online]. 2000, v. 22, suppl 1 [Acessado 21 fevereiro 2021], pp. 9-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000500004>. Acesso em: 21 fev. de 2021.

CALAZANS, R.; REIS, L. N. dos. **O conceito de paranoia em Freud. Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 34, n. 1, p. 80-95, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/P89J6CJCqSMtQXn94KHn74f/?format=pdf&lang=pt.> Acesso em: 02 de junho de 2021.

Cidade, F. E. U. **Esquizofrenia: psiquiatria, psicanálise e esquizoanálise - diferentes territórios, diferentes esquizos**. 2007. 234 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/15639/1/Fabio%20Eduardo%20Umeki%20Cidade.pdf.> Acesso em: 02 de junho de 2022.

Classificação de Transtornos Mentais e de comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas - Coord Organiz. Mundo da Saúde; trad. Dorgival Caetano. -Porto Alegre: Artmed, 1993.

Freud, S. 1856-1939. **Neurose, psicose, perversão** / Sigmund Freud; tradução Maria Rita Salzano Moraes. -- Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016. -- (Obras Incompletas de Sigmund Freud; 5)

FREUD, S. (1924). **A perda da realidade na neurose e na psicose**. ESB, vol. XIX, 1996.

FREUD, S. **O inconsciente** (1915). In Obras Completa Edição Standard Brasileira (V. 14 pp. 165-224) Rio de Janeiro: Imago (1996)

FREUD, S. (1924[1923]). **Neurose e psicose**. ESB, vol. XIX, 1996.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUSMÃO, R. O. M. **A Esquizofrenia e as experiências idiossincráticas corporais: Uma visão psicanalítica.** 2016. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado em Teoria Psicanalítica) -Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica/IP/, Universidade Federal Rio de Janeiro–UFRJ, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://teopsic.psicologia.ufrj.br/wp-content/uploads/2021/06/DISSERTACAO-Ricardo-Otavio-Maia-Gusmao2.pdf> Acesso em: 07 jan. de 2021.

JARDIM, L. L. **A fragmentação do eu na esquizofrenia e o fenômeno do transitivismo: um caso clínico.** Rev. Mal-Estar Subj., Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 267-284, mar. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script= sci_arttext & pid=S1518-61482011000100010 & lng= pt\ nrm=iso>. Acesso em: 28 março 2022.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. (1997). **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.** 7ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

LACAN, J. **O Seminário. Livro 3: As psicoses.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. (1992**). Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes.

LIMA, A. B. de; ESPINDOLA, C. R. **Esquizofrenia: funções cognitivas, análise do comportamento e propostas de reabilitação.** Rev. Subj., Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 105-112, abr. 2015 Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692015000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 jan. 2022.

LOPES, W., P.; BURIOLA, A.; **ESQUIZOFRENIA: CONCEITO, EPIDEMIOLOGIA E PAPEL DA ENFERMAGEM NA ADESÃO AO TRATAMENTO**. Colloquium Vitae, vol. 7, n. Especial, Jul–Dez, 2015, p. 81-88. ISSN: 1984-6436. DOI: 10.5747/cv.2015.v07.nesp.000254 Disponível em: < http://www.unoeste.br/site/enepe/2015/suplementos/area/Vitae/Enfermagem%20(Revis%C3%A3o)/ESQUIZOFRENIA%20CONCEITO,%20EPIDEMIOLOGIA%20E%20PAPEL%20DA%20ENFERMAGEM%20NA%20ADES%C3%83O%20AO%20TRATAMENTO.pdf> Acesso em: 05 de março de 2022.

OLIVEIRA, R., M.; FACINA, P., C., B., R.; SIQUEIRA JR, A., C., **A realidade do viver com esquizofrenia**, Rev Bras Enferm, Brasília 2012 mar-abr; 65(2): 309-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200017>. Epub 17 Ago 2012. ISSN 1984-0446. https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200017. Acessado em: 08 de dezembro 2021.

Pereira, M. E. C. (2000). **Bleuler e a invenção da esquizofrenia**. Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental, 3(1), 158-163. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/7DTmXKJzw8JbbDcRP97W6Hy/?format=pdf&lang=p>Acesso em: 29 de abril de 2022.

SANTANA, A. F. F. de A. et al. **Qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia internados em hospital de custódia.** 2009. 8 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG, Minas Gerais, 2009.) Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852009000300008>. Epub 13 Nov 2009. ISSN 1982-0208. https://doi.org/10.1590/S0047-20852009000300008. Acesso em: 09 de dezembro 2021.

SILVA, C. E. H. **DELÍRIOS E ALUCINAÇÕES NA ESQUIZOFRENIA:** Uma abordagem psicanalítica**.** 2021. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Ciências Humanas, Saúde e Educação de Guarulhos. Disponível em: <https://fg.edu.br/wp-content/uploads/2022/03/TCC-CARLOS-EDUARDO-DE-H-SILVA.-2021-1.pdf > Acesso em: 19 de novembro de 2021.

SILVA, R. C. B. da. **Esquizofrenia: uma revisão.** Psicologia USP [online]. 2006, v. 17, n. 4 [Acessado 13 agosto 2021], pp. 263-285. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642006000400014>. Epub 30 Set 2010. ISSN 1678-5177. https://doi.org/10.1590/S0103-65642006000400014. Acesso em: 13 de agosto de 2021.

SIMANKE, R. T. **A formação da teoria Freudiana das psicoses**. Rio de Janeiro: Ed.34 (1994)

SOUSA, D. et al. **Qualidade de vida e suporte social em doentes com esquizofrenia. Psicologia, Saúde & Doenças**, [.], p. 91-101, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/362/36250481008.pdf >. Acesso em: 07 de abril de 2022

TAUSK, V. (1990). **Da gênese do "aparelho de influenciar" no curso da esquizofrenia.** In: Birman, J. Tausk e o aparelho de influenciar na psicose. São Paulo: Escuta, pp. 37-77. [Acessado em 28 de junho de 2022]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script= sci_arttext & pid=S1679-44272008000200006 & lng= pt\ nrm=iso>. Acesso em: 28 de junho de 2022

TENÓRIO, F.; **Psicose e esquizofrenia:** efeitos das mudanças nas classificações psiquiátricas sobre a abordagem clínica e teórica das doenças mentais. v.23, n.4, out.-dez. 2016, p.941-963. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016005000018>. Epub 15 Ago 2016. ISSN 1678-4758.

https://doi.org/10.1590/S0104-59702016005000018. Acesso em: 23 de outubro de 2021.

ZANINI, M. H **Psicoterapia na esquizofrenia**. Brazilian Journal of Psychiatry [online]. 2000, v. 22, suppl 1 [Acessado 13 maio 2022], pp. 47-49. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000500016>. Epub 21 Ago 2000. ISSN 1809-452X. https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000500016. Acesso em: 13 de maio de 2022.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos Psicanalíticos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999

unifaema Biblioteca Júlio Bordignon

RELATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE PLÁGIO

DISCENTE: Camila Mendes Vieira Alves

CURSO: Psicologia

DATA DE ANÁLISE: 20.09.2022

RESULTADO DA ANÁLISE

Estatísticas

Suspeitas na Internet: **4,42%**
Percentual do texto com expressões localizadas na internet ⚠

Suspeitas confirmadas: **4,23%**
Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados ⚠

Texto analisado: **91,51%**
Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).

Sucesso da análise: **100%**
Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.

Analisado por Plagius - Detector de Plágio 2.8.3
terça-feira, 20 de setembro de 2022 17:28

PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho da discente **CAMILA MENDES VIEIRA ALVES**, n. de matrícula **32574,** do curso de Psicologia, foi aprovado na verificação de plágio, com porcentagem conferida em 4,42%. Devendo a aluna fazer as correções necessárias.

(assinado eletronicamente)
HERTA MARIA DE AÇUCENA DO N. SOEIRO
Bibliotecária CRB 1114/11
Biblioteca Central Júlio Bordignon
Centro Universitário Faema – UNIFAEMA

Assinado digitalmente por: Herta Maria de A?ucena do Nascimento Soeiro
Razão: Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA