

# Esquizofrenia: revisão histórica e características neuropsicológicas do transtorno

*Schizophrenia: historical review and disorder's neuropsychological characteristics*

*Esquizofrenia: revisión histórica y características neuropsicológicas del transtorno*

Bruna Oliveira Güths<sup>1</sup>, Tiago Rafael Sausen<sup>2</sup>

1. Acadêmica do curso de Psicologia do Centro Universitário Univel. Cascavel-PR, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-4316-8298>

2. Mestre em Ciências Farmacêuticas. Professor do Centro Universitário Univel. Cascavel-PR, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7216-7529>

## Resumo

**Introdução.** A esquizofrenia é um transtorno mental grave que provoca um sofrimento psíquico no sujeito em decorrência de seus sintomas, como delírios e embotamento afetivo, sendo necessário a utilização de medicamentos antipsicóticos, acompanhamento psiquiátrico e psicológico ao longo da vida deste sujeito. **Objetivo.** Trazer informações sobre o transtorno esquizofrênico em forma de revisão histórica, abrangendo os avanços em estudos neuropsicológicos e classificações nas edições do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). **Método.** Revisão bibliográfica, realizando uma reflexão sobre obras já existentes no campo de estudos sobre a esquizofrenia. **Conclusão.** A psicoterapia desempenha um papel essencial nos estudos sobre o transtorno pois tem uma visão biopsicossocial, ou seja, além do sujeito, aplicando técnicas e intervenções condizentes com a subjetividade do paciente e sua rede de apoio, estabelecendo relação terapêutica e melhorando a saúde mental do mesmo de modo multidisciplinar junto dos profissionais da saúde envolvidos neste caso.

**Unitermos.** Esquizofrenia; DSM; Neurologia; Psicologia; Revisão

## Abstract

**Introduction.** Schizophrenia is a serious mental disorder that causes psychological suffering in the subject because of its symptoms, such as delusions and affective dullness, requiring antipsychotic medication, psychiatric and psychological monitoring throughout the subject's life. **Objectives.** To provide information on schizophrenia in the form of a historical review, covering advances in neuropsychological studies and clarifications in the editions of the DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). **Method.** Bibliographical review, reflecting on existing works in the field of schizophrenia studies. **Conclusion.** Psychotherapy has an essential role to play in schizophrenia studies because it takes a biopsychosocial view, which means it goes beyond the subject, applying techniques and interventions that are consistent with the subjectivity of the patient and their support network, establishing a therapeutic relationship and improving their mental health in a multidisciplinary way with the health professionals involved in this case.

**Keywords.** Schizophrenia; DSM; Neurology; Psychology; Review

## Resumen

**Introducción.** La esquizofrenia es un trastorno mental grave que provoca sufrimiento psicológico en el sujeto como consecuencia de sus síntomas, como delirios y embotamiento afectivo, requiriendo el uso de medicación antipsicótica, seguimiento psiquiátrico y psicológico durante toda la vida del sujeto. **Objetivos.** Proporcionar información sobre la esquizofrenia en

forma de revisão histórica, cubriendo los avances en los estudios neuropsicológicos y las aclaraciones en las ediciones del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). **Método.** Revisión bibliográfica, reflexionando sobre los trabajos existentes en el campo de los estudios sobre la esquizofrenia. **Conclusión.** La psicoterapia desempeña un papel esencial en los estudios sobre el trastorno porque adopta una visión biopsicosocial, es decir, más allá del sujeto, aplicando técnicas e intervenciones coherentes con la subjetividad del paciente y su red de apoyo, estableciendo una relación terapéutica y mejorando su salud mental de forma multidisciplinar con los profesionales sanitarios implicados en este caso. **Palabras clave.** Esquizofrenia; DSM; Neurología; Psicología; Revisión

---

Trabalho realizado no Centro Universitário Univel. Cascavel-PR, Brasil.

Conflito de interesse: não

Recebido em: 28/10/2023

Aceito em: 02/02/2024

Endereço de correspondência: Tiago Rafael Sausen. Av. Tito Muffatto 2317. Bairro Santa Cruz. Cascavel-PR, Brasil. CEP 85806-080. E-mail: [tiago.sausen@univel.br](mailto:tiago.sausen@univel.br)

---

## INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é um transtorno mental que afeta os pensamentos, emoções e comportamento do sujeito, causando grande sofrimento psíquico e impacto negativo na qualidade de vida do sujeito<sup>1</sup>.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 23 milhões de pessoas em todo o mundo possuem diagnóstico de esquizofrenia, isto sem considerar as pessoas que não são diagnosticadas por falta de acesso à saúde, desinformação, insegurança e outros motivos<sup>2</sup>. A Associação Americana de Psiquiatria (APA – *American Psychiatric Association*), através do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V) define o Transtorno Esquizofrênico como:

“[...] anormalidades em um ou mais dos cinco domínios a seguir: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos.”<sup>2</sup>

Neste artigo, através de uma revisão bibliográfica, serão apresentados os estudos feitos sobre a esquizofrenia e mudanças identificadas ao longo da história, o que temos de compreensão na atualidade e quais os impactos da psicologia no tratamento do transtorno junto do tratamento farmacológico.

## **MÉTODO**

Dentre diversos métodos de estudo disponíveis foi selecionado a revisão bibliográfica, realizando uma análise e reflexão dos conteúdos descritos por autores já existentes. As fontes de pesquisa utilizadas foram artigos científicos publicados em periódicos (Periódicos da Master Editora, Revista Psicologia e Transformar, APA e SciELO) e websites do Governo Federal do Brasil, Biblioteca Virtual de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Os descritores utilizados para a busca foram esquizofrenia, neuropsicologia, demência precoce, psicologia, tratamento, impactos, diagnóstico.

A primeira busca foi realizada em agosto de 2022, utilizando as seguintes palavras-chave: Esquizofrenia, neuropsicologia, demência precoce, psicologia, tratamento, impactos, diagnóstico. Os conteúdos mais antigos encontrados sobre o assunto foram publicados em 1998. Portanto, o período estudado para a construção deste artigo foi de 1998 a 2023. No total, encontramos 94.500 artigos científicos em periódicos, websites e livros publicados. Após selecionar os artigos e dissertações de acordo com os

critérios de inclusão definidos previamente, seguimos as seguintes etapas na ordem mencionada: leitura exploratória, leitura seletiva e seleção dos materiais que se encaixam no tema da pesquisa e leitura analítica dos textos escolhidos, selecionando 20 artigos<sup>1-21</sup> e três sites para revisão. Para formulação da revisão foram escolhidos artigos desde que referenciam conteúdo desde 1899, quando Kraepelin cunhou o termo demência precoce até o atual momento 2023, com definições trazidas pelo DSM-V e pesquisas no campo da neurociência que nos trazem às definições que temos atualmente.

Os materiais foram escolhidos pelo foco no contexto histórico da Esquizofrenia, fatores neuropsicológicos, farmacológicos, psicoterapia para o transtorno e evoluções gerais em pesquisa na área.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Esquizofrenia**

A esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico crônico, ou seja, por mais que seja tratado muitas vezes tem pouca melhora, ele é caracterizado por sintomas positivos e negativos que influenciam na qualidade de vida do sujeito, por isso é necessário acompanhamento psiquiátrico e psicoterápico, juntamente do uso de medicamentos para tratamento mais eficaz<sup>11</sup>.

Os sintomas mais característicos da esquizofrenia são as alucinações, podendo ser do tipo auditivo, olfativo, visual ou tátil, delírios, embotamento afetivo, distúrbios do humor<sup>6</sup>,

fragmentação do pensamento com perda das associações lógicas, catatonia e movimentos involuntários e/ou repetitivos<sup>9</sup>. O indivíduo pode apresentar sintomas durante sua adolescência ou juventude e a origem pode ser multifatorial, ou seja, existem diferentes fatores que influenciam e que podem ser causadores do transtorno<sup>22</sup>.

## **Contexto Histórico**

O conceito de transtornos mentais foi primeiramente estabelecido em 1893 por Kraepelin, baseado no modelo biomédico e identificando a semiologia, etiologia e sintomatologia do transtorno, assemelhando-se à classificação de doenças físicas. Kraepelin distinguiu três variações do transtorno posteriormente: depressão precoce hebefrênica, catatônica e paranoide<sup>11</sup>.

Vale ressaltar que os transtornos mentais não são o mesmo que doenças, pois doenças são a ausência de saúde com causas identificáveis, já os transtornos afetam o psicológico do indivíduo, algumas vezes por consequência trazem fenômenos físicos e na maioria dos casos não apresenta todos os sintomas característicos do transtorno<sup>11</sup>.

O termo esquizofrenia (do grego *esquizo* = divisão, e *phrenia* = mente), foi cunhado pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler (1857–1939), termo este que substituiu a demência precoce, esta nova nomenclatura foi escolhida por ocorrer pensamentos obsessivos, além de fatores comportamentais e outros fatores cognitivos serem afetados pelo transtorno.

Bleuler descreveu os sintomas fundamentais (primários) e acessórios (secundários) para o transtorno<sup>10</sup>.

“[...] Bleuler descreveu sintomas fundamentais (ou primários) específicos da esquizofrenia que se tornaram conhecidos como os quatro "As": associação frouxa de ideias, ambivalência, autismo e alterações de afeto. Bleuler também descreveu os sintomas acessórios, (ou secundários), que incluíam alucinações e delírios.”<sup>11</sup>

Houve diversos avanços após as definições de Kraepelin e Bleuler, como a definição objetiva e a uniformização dos sintomas e critérios diagnósticos da esquizofrenia, o surgimento de drogas antipsicóticas, compreensão dos mecanismos de ação e padrões de resposta, além da identificação de anormalidades biológicas no transtorno, todas essas mudanças têm possibilitado o desenvolvimento de classificações mais precisas sobre os subtipos do transtorno. Essas classificações levavam em consideração características de curso, resposta ao tratamento, prognóstico e substrato patogênico<sup>11</sup>.

Sobre sua origem existem inúmeras teorias, como por exemplo a teoria que a psiquiatra alemã Frieda Fromm-Reichmann (1889–1957) desenvolveu em 1948, onde ela centralizava a “culpa” nas mães dos sujeitos com esquizofrenia relatando a frequência de mães com comportamentos hostis e de rejeição, esta hipótese foi

chamada de “mãe esquizofrenogênica”, porém a teoria logo foi esquecida por falta de embasamento<sup>23</sup>.

Outras teorias também acabaram por se destacar, como a Teoria Genética, a qual sugeria que a esquizofrenia tivesse origem hereditária, a Teoria Neuroquímica que focava no hiperfuncionamento dopaminérgico central e de outros sistemas em funcionamento simultâneo e a Teoria Dopaminérgica, baseada na observação de que determinadas drogas estimulam a neurotransmissão de dopamina<sup>9</sup>. Outro autor que foi base para o conceito atual do transtorno foi o psiquiatra alemão Kurt Schneider (1887-1967), que em 1948 formula a teoria dos “Sintomas de Primeira Ordem” (SPO), que seriam: sonorização dos pensamentos, ouvir vozes argumentando e contra-argumentando, ouvir comentários das vozes enquanto realiza alguma atividade, roubo de pensamento e outros modos de influência e percepção delirante. As SPO’s influenciaram na elaboração de um diagnóstico para o transtorno feito pelo Estudo Piloto Internacional da Esquizofrenia (*International Pilot Study of Schizophrenia*, IPSS, 1974) tem como objetivo identificar variantes e sintomatologia da esquizofrenia, padronizando o critério diagnóstico do transtorno a partir da investigação psiquiátrica de 1202 pacientes de nove países, sendo eles: Colômbia, China, Checoslováquia, Dinamarca, Índia, Nigéria, URSS (União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, atual Rússia), Reino Unido e Estados Unidos da América<sup>24</sup>.

Uma das classificações mais conhecidas é a dicotomização da esquizofrenia em subtipos I e II, também conhecidos como positivo/negativo, proposta em 1980 pelo psiquiatra pesquisador Timothy J. Crow em sua publicação *Molecular pathology of schizophrenia. More than one disease process?* (Patologia Molecular da Esquizofrenia. Mais que um Processo da Doença?) no *British Medical Journal*. De acordo com essa classificação, os dois tipos podem refletir processos patológicos etiológica e prognosticamente distintos, ele propôs classificar o transtorno em positivo (tipo I) e negativo (tipo II), “a diferenciação de ambas ocorre quando identificam-se os principais sintomas da esquizofrenia, a positiva (tipo I) são alucinações e delírios, já na negativa (tipo II) são embotamento afetivo (respostas emocionais diferentes do socialmente esperado frente a uma situação), a pobreza do discurso” e a fala e pensamento desorganizado<sup>11</sup>.

Em 2001 foi realizado um estudo com trinta e três pacientes esquizofrênicos crônicos e 21 indivíduos dentro da normalidade, onde os mesmos foram submetidos a ressonâncias magnéticas e observou-se que existe uma redução relativa no tamanho do encéfalo de um paciente esquizofrênico e um dentro da normalidade, sendo identificada redução no volume dos complexos amígdala-hipocampo, dos lobos temporais e da substância branca dos lobos temporais<sup>25</sup>, reafirmando as observações realizadas em 1970 e 1999<sup>11</sup>.



## **Trajetória da etiologia do transtorno no DSM**

Publicada em 1952, o DSM traz em sua primeira edição a esquizofrenia como sinônimo de demência precoce, termo cunhado por Emil Kraepelin psiquiatra alemão que pesquisou e cunhou o termo da Demência Precoce, posteriormente nominada esquizofrenia<sup>8</sup>, segundo o DSM este transtorno representa um grupo de reações psicóticas caracterizadas por perturbações nas relações com a realidade e nas formações de conceitos, ele também define que a esquizofrenia tem uma forte tendência a se afastar da realidade e outros sintomas como a desarmonia emocional, perturbações imprevisíveis no fluxo de pensamento, comportamento regressivo e, em alguns casos, tendência à deterioração<sup>26</sup>.

Na primeira edição são apresentados tipos de reações, são elas: Simples, Hebefrênica, Catatônica, Paranoide, Agudo Indiferente, Crônico Indiferente, Esquizoafetivo, Infantil e Residual. A reação de tipo simples, por exemplo, é caracterizada principalmente pela redução nos vínculos externos e interesses, empobrecimento das relações humanas, apatia e indiferença, mas raramente por delírios evidentes ou distúrbios de alucinações. Nesta edição a esquizofrenia é referenciada como um sinônimo de Demência Precoce, os autores definem o transtorno como um grupo de reações psicóticas fora da realidade, caracterizado por distúrbio de relacionamento, comportamento e outros relacionados a intelectualidade, com tendência a desarmonia

emocional, distúrbio do pensamento, comportamento regressivo e deterioração em alguns casos<sup>26</sup>.

Logo em sua segunda edição, publicada no ano de 1968, a definição é alterada para um conjunto de distúrbios que se manifestam por perturbações características do pensamento, humor e comportamento. Estas perturbações do pensamento são marcadas por alterações na formação de conceitos, o que pode levar a interpretações errôneas da realidade e, por vezes, a delírios e alucinações, que frequentemente parecem ser mecanismos de proteção psicológica. Já as mudanças de humor associadas incluem respostas emocionais ambivalentes, restritas e inadequadas, como a perda de empatia pelos outros e o comportamento pode se tornar retraído, regressivo e bizarro. A esquizofrenia, em que o estado mental é principalmente atribuível a um distúrbio do pensamento, deve ser diferenciada dos principais transtornos afetivos que são dominadas por um distúrbio do humor<sup>27</sup>.

Algumas reações são complementadas, como por exemplo a "esquizofrenia Esquizo-afetiva em seus tipos maníaca/animado e depressiva, esta nova categoria é para pacientes que apresentam uma mistura de sintomas esquizofrênicos e uma acentuada exaltação ou depressão"<sup>11</sup>. Esta edição descreve a esquizofrenia como um grupo de transtornos com manifestações características do pensamento, humor e comportamento, as manifestações do pensamento são marcadas principalmente por interpretações errôneas da realidade, aparecendo também

como delírios e alucinações que ocorrem para autoproteção do sujeito. As alterações do humor incluem resposta emocional inadequada e perda da empatia com o próximo. Quanto às modificações do comportamento podem ser regressivo, bizarro ou retraído<sup>27</sup>.

O DSM-III publicado em 1989 descreve que as características do Transtorno Esquizofrênico sempre incluem a presença de características psicóticas específicas durante a fase ativa do transtorno, com sintomas distintos que envolvem vários processos psicológicos e iniciam antes dos 45 anos do indivíduo, além de definir que para diagnóstico é necessário duração mínima de seis meses. Em qualquer fase do transtorno a esquizofrenia sempre envolve delírios, alucinações ou determinados distúrbios nos padrões de pensamento. Existem também perturbações características nas áreas de conteúdo e forma do pensamento, percepção, afeto, senso de si, vontade, relação com o mundo externo e comportamento psicomotor, ressaltando que nenhuma característica isolada está sempre presente apenas na esquizofrenia, podendo ser algum destes sintomas parte de outro transtorno<sup>28</sup>.

Esta edição teve destaque entre os médicos psiquiatras pois trouxe um “acordo pragmático” acerca dos sinais e sintomas do transtorno sendo fundamentado em critérios de base empírica, deixando de lado os processos psicopatológicos<sup>14</sup>. Nesta edição a esquizofrenia é definida como a presença de certas características na fase ativa do transtorno com deterioração antes dos 45 anos, tendo

duração mínima de 6 meses, sendo dividida nas seguintes fases: prodrômica (fase que precede os sintomas), ativa e residual. Os limites do conceito esquizofrenia não são claros, Kraepelin enfatiza a tendência para deterioração de curso, Bleuler foca nos distúrbios subjacentes em processos psicológicos e Schneider foca nos sintomas patognomônicos (torna o diagnóstico mais assertivo por ser um sintoma específico de um transtorno). Esta edição não se limita a doenças progressivas, porém define uma duração mínima dos sintomas sendo necessário evidências que sugere o diagnóstico<sup>28</sup>.

Em 1994 é publicado o DSM-IV que discorre sobre o período mínimo de persistência dos sintomas para que o diagnóstico possa ser feito, onde deve-se ter o mínimo de 6 meses com um mês de em fase ativa<sup>29</sup>. Aqui surge a nova definição dos tipos: positivo e negativo; além de reescrever os subtipos classificados em: Paranoide, Desorganizado, Catatônico, Indiferenciado e Residual. As características dos sintomas envolvem uma gama de distúrbios cognitivos e emocionais que afetam a percepção, pensamento, comunicação, comportamento, afeto, atenção e a organização de linguagem e discurso, para o diagnóstico são necessários sintomas assodelírio, pensamento/discurso desorganizado, alucinações, comportamento motor grosseiramente anormal o que pode incluir a catatonia e sintomas negativos (definidos na edição anterior), como por exemplo o embotamento afetivo e a avolia, que seria a redução das atividades que o sujeito gostava anteriormente.

São definidos como sintomas positivos aqueles que refletem um acréscimo, e devem estar relacionados a diferentes mecanismos neurais, já os sintomas negativos são os sintomas que prejudicam ou distorcem, como a desorganização dos pensamentos ou comportamento catatônico, dizem respeito a inibição, como embotamento afetivo, degradação ou distorção da fluência do discurso e comportamento. É importante ressaltar que nesta edição é feita uma definição de “desilusões bizarras”, que seria qualquer conteúdo claramente implausível e incompreensível que não deriva de experiências reais<sup>29</sup>.

Na versão vigente, DSM-V de 2013, às definições se fazem bem mais sucintas que suas edições anteriores ao definir a esquizofrenia como espectro, ou seja, existem diferentes magnitudes do transtorno, alterando por consequência o período para diagnóstico, sendo o correto um período mínimo de um ano com os sintomas. O transtorno é definido por uma ou mais das seguintes anormalidades: delírio, pensamento/discurso desorganizado, alucinações, comportamento motor grosseiramente anormal o que pode incluir a catatonia e sintomas negativos (definidos na edição anterior)<sup>2</sup>.

## **Estrutura Neurológica**

Os primeiros sintomas podem aparecer na adolescência ou início da fase adulta, sendo os mais característicos a alucinação, delírio, afetação na fala e pensamento, transtorno emocional e de afeto, déficits cognitivos e a

volição. Alucinações e delírios são frequentemente observados em algum momento durante o curso da esquizofrenia. As alucinações visuais ocorrem em 15%, as auditivas em 50% e as táteis em 5% de todos os sujeitos, e os delírios em mais de 90% deles<sup>30</sup>.

Estudos neuropsicológicos mostram que o transtorno pode estar associado com anormalidades na estrutura do encéfalo, afetando seu funcionamento<sup>12</sup>. Estes déficits no funcionamento cognitivo podem estar presentes na maioria das pessoas com esquizofrenia, a partir desta tese, foram avaliados os dados de 13 pesquisas a partir de um estudo de revisão sobre o tema para que fosse possível identificar as principais alterações cognitivas que ocorrem e concluiu-se que os principais déficits existentes no transtorno são em: processamento de informações, atenção, memória de trabalho, verbal e visual, raciocínio lógico e solução de problemas<sup>18</sup>.

Com a chegada da tomografia computadorizada em 1970 foram analisados exames do cérebro e observou-se um padrão em sujeitos esquizofrênicos, como sinais de atrofia cerebral, onde ocorria o aumento de ventrículos cerebrais e dos sulcos corticais em proporção considerável. Realizando pesquisas *post-mortem* em cérebros de pessoas esquizofrênicas foi possível identificar que os cérebros de alguns pacientes eram mais leves e menores em comparação aos sujeitos dentro da normalidade<sup>11</sup>. Isto foi se aprimorando em 1980 com a utilização de ressonância magnética nuclear, o que permitia o estudo em pacientes vivos e não medicados,

e confirmou-se que estes sujeitos tinham menor volume nos lobos temporais mediais e giro temporal superior, com intensidade variada com o grau de espectro do paciente<sup>11</sup>. Além destes dados, é interessante ressaltar a observação a partir de ressonâncias magnéticas funcionais e testes de memória realizados, observaram alterações em circuitos neurais do córtex pré-frontal que afetam a memória de trabalho, atenção, controle de impulsos e capacidade de planejamento de indivíduos com esquizofrenia, formulando assim a teoria de que as dificuldades em interpretações sociais e tomada de decisão podem estar relacionadas a estas observações<sup>18</sup>. O funcionamento cognitivo de pessoas esquizofrenia é mais significativo do que outros sintomas devido ao comprometimento na funcionalidade social dos sujeitos<sup>18</sup>.

Além dessas alterações, ocorre também a desregulação dopaminérgica associada a outras alterações neuroquímicas monoaminérgicas, agindo junto de neurotransmissores que atingem a serotonina, causando desregulação no ciclo circadiano (sono/vigília), memória, desregulação de respostas afetivas e afetação na noradrenalina, responsável pela atenção e energia do sujeito<sup>12</sup>.

Do ponto de vista neurobiológico, a esquizofrenia é um distúrbio de disfunção dopaminérgica em que há hiperatividade fásica na via mesolímbica que está associada a sintomas positivos, e uma hipoatividade da mesma via. A via mesolímbica transporta a dopamina até a região da amígdala e do hipocampo, regulando a motivação, a

aprendizagem por reforço, o medo, entre outros processos cognitivos<sup>24</sup>.

Tendo em vista os efeitos de cada sintoma na saúde física e mental do indivíduo, faz-se necessário o uso de medicamentos antipsicóticos para redução dos sintomas como alucinações e a redução de déficits neuropsicológicos nos pacientes, mas estes fármacos podem ter efeitos colaterais como lentidão temporária nas funções motoras, e consequentemente, o desempenho dessas funções.

Os antipsicóticos dividem-se em Típicos e Atípicos. Antipsicóticos típicos caracterizam-se por serem antagonistas dos receptores de dopamina que podem causar efeitos adversos extrapiramidais (como espasmos ou contrações musculares), alguns exemplos de medicamentos típicos são a clorpromazina e a tioridazina<sup>23</sup>.

Já os antipsicóticos atípicos são antagonistas dos receptores de Serotonina e Dopamina, apresentando vantagens maiores do que os típicos, porém tem maior valor, alguns exemplos de medicamentos atípicos são a clozapina, olanzapina e risperidona<sup>30</sup>. Ambos atuam para a redução de sintomas positivos a partir do bloqueio dos receptores de dopamina, e, no caso do antipsicótico Atípico, também atua no alívio dos sintomas negativos, diminuindo a liberação de neurotransmissores e regulando a dopamina e/ou serotonina<sup>15</sup>.



## **Impactos da psicologia**

A psicologia contribuiu nos estudos acerca da esquizofrenia na apuração de critérios diagnósticos e esclarecimento de suas bases biológicas, outra vertente de investigação que ganhou força foi no âmbito psicossocial, analisando os impactos da família e sociedade no bem-estar mental do sujeito e prevenção de novas crises<sup>4</sup>.

Existem pesquisas na área psicológica onde demonstram que os fatores psicossociais não se associam primordialmente com a etiologia do transtorno, porém, influenciam no curso dos sintomas e na melhora do paciente. É observado que a presença de atitudes hostis ou de demasiado envolvimento emocional por parte da família do sujeito aumentam significativamente a chance de agravamento dos transtornos. Outra área de pesquisa é sobre a influência de eventos estressores psicossociais, como por exemplo a morte de um ente querido ou grandes mudanças na rotina e/ou local de moradia que também tem influência neste período de maior estresse<sup>4</sup>.

O profissional da psicologia precisa olhar para o sujeito de modo singular e subjetivo, focando nos fenômenos de cada experiência e comportamento, identificando métodos de intervenções adequadas para cada sujeito buscando trazer melhorias em sua qualidade de vida e saúde mental, olhando para além do transtorno e interpretando junto do paciente seus sentimentos, potencialidades, vivências e sua história de modo. Para isso podemos auxiliar ele com estratégias de enfrentamento e manejo de situações do

cotidiano, identificando quais são os fatores estressores e formas de compreender, suportar ou modificar as situações e diferentes sentimentos, ressignificando e dando sentido a experiência psicótica vivida e aprendendo novos meios de lidar com isso, possibilitando que ele enfrente o estresse e se adapte ao meio onde está, auxiliando na conquista da autonomia do paciente e a eficácia do tratamento no cotidiano do sujeito. Em determinados casos se faz importante uma psicoeducação com o sujeito e com a rede de apoio para que compreendam realmente o que é o transtorno quais sintomas ou alterações podem vivenciar<sup>4</sup>.

A psicoterapia é de grande importância e tem papel ativo com o paciente, agindo de modo complementar e multidisciplinar com outros profissionais e se fazer constante ao longo da vida do sujeito, pois apenas a medicação não é suficiente para evitar crises e demandas que surgirão ao longo da história do sujeito, com o objetivo de estabilizar ou reduzir os sintomas positivos do paciente (junto dos antipsicóticos) que podem levar ao suicídio em casos graves<sup>23</sup>. Para isso a(o) profissional deve ter um olhar biopsicossocial, ou seja, pensado no contexto completo na vida do sujeito e seu ambiente desde sua rede de apoio pessoal e a profissional (psiquiatra, psicóloga ou outros)<sup>4</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A esquizofrenia é um transtorno mental crônico que afeta a vida do sujeito e suas interações sociais em consequência de seus sintomas, podendo se apresentar na

adolescência ou juventude do indivíduo e possui tratamento que deve ser administrado de forma multidisciplinar entre profissionais da psicologia, neurologia, psiquiatria e farmacologia, consistindo em um trabalho multidisciplinar focado na saúde física e mental do paciente e também de sua rede de apoio. O transtorno tem diferentes hipóteses sobre sua origem, sendo a teoria Neuroquímica e a Dopaminérgica são as mais aceitas atualmente, além disso existem diferentes tratamentos para tornar a vida do sujeito melhor com resultados mais eficazes.

A psicologia desempenha um papel crucial na atuação e estudos sobre a esquizofrenia causando impactos significantes na saúde mental do sujeito e de sua rede de apoio, destacando que os fatores de origem do transtorno podem ser multifatoriais. A psicoterapia é crucial para estabilizar os sintomas e prevenir novas crises ou agravamento a partir de técnicas personalizadas para o sujeito considerando seu contexto biopsicossocial. Neste contexto a(o) profissional psicóloga(o) desempenha um papel de facilitador na vida do paciente, estabelecendo uma relação terapêutica efetiva com ele e sua rede de apoio.

## REFERÊNCIAS

- 1.American Psychiatric Association (APA). Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM-V®. Porto Alegre: Artmed; 2013. <http://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>
- 2.Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Transtornos mentais. OMS; 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>
- 3.Tortajada RE, Humanes JFN, Domenech MG. Neuropsicología de la esquizofrenia. Rev Psicol Conduc 1998;6:29-48.

- <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1195043>
- 4.Zanini MH. Psicoterapia na esquizofrenia. Rev Bras Psiquiatr 2000;22(suppl 1):47-9. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000500016>
- 5.Shirakawa I. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. Braz J Psychiatr 2000;22:56-8. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000500019>
- 6.Elkis H. A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. Rev Bras Psiquiatr 2000;22(suppl 1):23-6. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000500009>
- 7.Mari JJ, Leitão RJ. A epidemiologia da esquizofrenia. Rev Bras Psiquiatr 2000;22(suppl 1):15-7. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000500006>
- 8.Pereira MEC. Kraepelin e a criação do conceito de “Demência precoce”. Rev Latinoam Psicopatol Fundam 2001;4:126-9. <https://doi.org/10.1590/1415-47142001004011>
- 9.Alvez CRR, Silva MTA. A esquizofrenia e seu tratamento farmacológico. Est Psicol (Campinas) 2001;18:12-22. <https://periodicos.puc-campinas.edu.br/estpsi/article/view/6604>
- 10.D’Agord M. Esquizofrenia, os Limites de um Conceito. Laboratório de Psicanálise EPsico; 2005. <https://www.ufrgs.br/psicopatologia/esquiz1.pdf>
- 11.Silva RCB. Esquizofrenia: uma revisão. Psicologia USP 2006;17:263-85. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642006000400014>
- 12.Domingos MCR. Aspectos Neuropsicológicos da Esquizofrenia. Psicologia 2014;14:25. <https://scielo.pt/pdf/psi/v14n1/v14n1a02.pdf>
- 13.Maatz A, Hoff P, Angst J. Eugen Bleuler’s schizophrenia—a modern perspective. Dialog Clin Neurosci 2015;17:43-9. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.1/amaatz>
- 14.Tenório F. Psicose e esquizofrenia: efeitos das mudanças nas classificações psiquiátricas sobre a abordagem clínica e teórica das doenças mentais. História, Ciências, Saúde-Manguinhos 2016;23:941-63. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016005000018>
- 15.Schisler V. Farmacoterapia no Tratamento da Esquizofrenia (trabalho de conclusão de curso). Sinop: Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Sinop. Instituto de Ciências da Saúde. 2017. <https://bdm.ufmt.br/bitstream/1/1285/1/TCC-2017-VIRIDIANA%20SCHISLER%20.pdf>
- 16.Trento AC, Souza LC, Picolo D. A Esquizofrenia e seus Impactos no Âmbito Familiar. Anais de Psicologia do UNIFUNES 2018;5. <https://seer.unifunec.edu.br/index.php/ASP/article/view/3435>
- 17.Gomes AFSR, Campos GP, Pedrosa DEMM, Andrade AKC, Gomes MCA, Lobão LM. Esquizofrenia: A Evolução do Diagnóstico e os Tratamentos Utilizados no Brasil. Braz J Surg Clin Res 2019;28:15-9. [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20191115\\_074607.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20191115_074607.pdf)
- 18.Bombassaro T. Perfil neuropsicológico de pacientes com esquizofrenia. Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco. 2020. <https://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/1035233-perfil->

19.Santos MRF, Oliveira MEF. Linha do tempo da esquizofrenia e desenvolvimento humano. Rev Transformar 2021;15:391-413. <http://www.fsje.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/583>

20.Silva PF, Sousa HWO, Sousa LC, Fogaça FFS. Esquizofrenia: Aspectos Etiológicos, Fatores de Risco Associados e os Impactos na Educação do Ensino Superior. Humanidades Inov 2022;9:241-50. <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/1734>

21.Almeida LL, Baquião LA. Esquizofrenia, Hipótese Dopaminérgica e Capacidade Cognitiva: Entendendo os Desafios Atuais do Tratamento e os Impactos dos Prejuízos Cognitivos na Vida dos Pacientes. Registro: Centro Universitário do Vale do Ribeira. 2023. <https://portal.unisepe.com.br/repositorio/wp-content/uploads/sites/10011/2023/05/ESQUIZOFRENIA-HIP%C3%93TESE-DOPAMIN%C3%89RGICA-E-CAPACIDADE-COGNITIVA.pdf>

22.Menezes LA. A esquizofrenia na perspectiva da neurociência. Rev Instituto Ciênc Hum 2022;18:74-83. <https://periodicos.pucminas.br/index.php/revistaich/article/view/28895>

23.Bermejo JC, Rodicio SG. Antipsicóticos típicos. Antipsicóticos atípicos. Formac Med Cont Atención Prim 2007;14:637-47. [https://doi.org/10.1016/S1134-2072\(07\)71951-5](https://doi.org/10.1016/S1134-2072(07)71951-5)

24.McCutcheon RA, Abi-Dargham A, Howes OD. Schizophrenia, Dopamine and the Striatum: From Biology to Symptoms. Trend Neurosci 2019;42:205-20. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2018.12.004>

25.Castro CC. Ressonância magnética na esquizofrenia: um estudo morfométrico. Radiol Bras 2001;34:141-4. <https://doi.org/10.1590/S0100-39842001000300005>

26.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-I®. 1 ed. Washington DC: APA, 1952. <https://ia800701.us.archive.org/10/items/dsm-1/dsm-1952.pdf>

27.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-II®. Washington DC: APA, 1968. <https://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2015/08/DSM-II.pdf>

28.American Psychiatric Association. Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM III®. São Paulo: Manole, 1989. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sms-3276>

29.American Psychiatric Association. Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM-IV®. São Paulo: Manole, 1994.

30.Oliveira IR. Antipsicóticos atípicos: farmacologia e uso clínico. Ver Bras Psiquiatr 2000;22(suppl 1):38-40. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000500013>