REABILITAÇÃO/ESTIMULAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA NA ESQUIZOFRENIA

Lídia Lobo[1]

Luis Alberto Coelho Rebelo Maia[2]

RESUMO: O presente artigo pretende fazer uma revisão bibliográfica acerca da Esquizofrenia, mantendo o seu foco na reabilitação/estimulação neuropsicológica. Inicialmente encontra-se uma breve revisão acerca daquilo que é a esquizofrenia, onde se fala acerca das considerações históricas, a sua epidemiologia, sintomatologia o seu diagnóstico e critérios de diagnóstico de acordo com a DSM 5, evolução e prognóstico e ainda o seu tratamento. Em seguida, centra-se na Reabilitação/Estimulação neuropsicológica, onde se aborda particularmente sobre a reabilitação cognitiva e os programas envolvidos, bem como a Reabilitação Psicossocial.

Palavras-chave: Esquizofrenia. Reabilitação Neuropsicológica. Reabilitação Cognitiva. Reabilitação Psicossocial.

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma das doenças mentais mais graves e que mais incapacitam os sujeitos que a possuem, uma vez que os incapacita de desenvolver ou manter relações sociais básicas (KURZBAN; BREKKE, 2010, citado por SÁNCHEZ, 2012), bem como se torna difícil que mantenham uma vida profissional por muito tempo (IKEBUCHI, 2006, citado por SÁNCHEZ, 2012).

A reabilitação neuropsicológica é uma forma de intervenção ampla, em que tem em conta a intervenção nos déficits cognitivos, com o objetivo de intervir nas alterações comportamentais e emocionais, com o propósito de melhorar a qualidade de vida destes sujeitos (PONTES, 2011). De acordo com alguns autores, a reabilitação neuropsicológica junto desta população deve contemplar a reabilitação psicossocial, como por exemplo a reabilitação vocacional, competências sociais entre outros, bem como a reabilitação cognitiva, visto serem os déficits cognitivos das problemáticas que mais dificulta a vida diária destes indivíduos (PONTES, 2011).

No presente artigo pretende-se abordar a importância da reabilitação neuropsicológica na esquizofrenia, onde se irá abordar, de uma forma geral, o tema da esquizofrenia, e em

[1] Aluna do 2º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior, Portugal, email: lidialobo-tita@hotmail.com.

[2] PhD, Professor de Neuropsicologia na Universidade da Beira Interior, Portugal, email: lmaia@ubi.pt.

seguida, de uma forma mais aprofundada, a reabilitação cognitiva, que trabalha áreas fundamentais, como a memória, a atenção e as funções executivas, bem como a reabilitação psicossocial, onde se verá temas como a reabilitação vocacional e competências sociais. De acordo com alguns estudos, são os déficits cognitivos as áreas que mais afetam estes pacientes na sua vida diária, e por vezes, os seus déficits cognitivos, dificultam a utilização de outros tratamentos que também se demonstram eficazes junto deles (PONTES, 2011). A reabilitação psicossocial parece ser também muito útil, uma vez que trabalha áreas essenciais ao quotidiano destes pacientes.

1 CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS

A Esquizofrenia é uma patologia psiquiátrica que tem uma incidência na população mundial de 1% (SILVA, 2014), e a sua etiologia ainda é desconhecida, sendo alvo de especulações e mitos (FIGUEIRA; SAMPAIO ; AFONSO, 2014).

Durante muitos séculos, esta era uma doença que era considera sobrenatural, como uma possessão do Diabo, ou então eram considerados bruxos ou feiticeiros (FIGUEIRA, SAMPAIO; AFONSO, 2014). A sua definição foi se desenvolvendo ao longo de várias décadas, mas foi Eugen Bleuer em 1911, que introduziu o termo esquizofrenia tal como o conhecemos hoje (FIGUEIRA; SAMPAIO; AFONSO, 2014). Esta palavra deriva do grego: “schizein” que significa fenda e “phrenós” que significa pensamento (FIGUEIRA; SAMPAIO; AFONSO, 2014), e Bleuer argumenta ainda que todas as pessoas com esta doença apresentam um fenótipo único (SILVA, 2014).

2 EPIDEMIOLOGIA

A esquizofrenia é uma perturbação psiquiátrica crónica grave, que causa nos indivíduos déficit psicológico, social e vocacional, sendo considerada uma perturbação multidimensional (HERNÁNDEZ, 2010). A esquizofrenia é uma doença que afeta a população mundialmente, independentemente da raça ou das classes sociais (FIGUEIRA; SAMPAIO; AFONSO, 2014). Atualmente, estima-se que a sua prevalência seja de 4.5 por cada 1000 habitantes (TANDOL; KESHAVAN; NASRALLAH, 2008, citado SILVA, 2014), e parece haver uma maior vulnerabilidade em indivíduos do sexo masculino. A sua manifestação parece ser mais precoce nos homens, geralmente entre os 15 e os 25 anos, e nas

mulheres entre os 25 e os 35 (ALEMAN; KAHN; SELTEN, 2003, citado por GONÇALVES, 2015).

Devido à variedade da sintomatologia presente nesta perturbação, a esquizofrenia apresenta subtipos, para que se possa melhor definir a patologia. Os subtipos são: a esquizofrenia do tipo paranoide, que é a mais fácil de ser identificada, uma vez que predominam os sintomas positivos da doença, a qual irá ser especificada mais à frente; a esquizofrenia simples, que é marcada por um isolamento social acentuado, bem como uma diminuição do desempenho laboral e intelectual, e não são frequentes os sintomas positivos; forma catatónica da esquizofrenia, que é caracterizada por sintomas motores e alterações na atividade física, que podem ir de um estado de estupor à excitação; forma hebefrênica ou desorganizada, em que predominam os sintomas afetivos e as alterações de pensamento; e, por fim, a esquizofrenia do tipo residual, em que a sintomatologia identificada no individuo não preenche todos os critérios de diagnóstico necessários (FIGUEIRA; SAMPAIO; AFONSO, 2014).

3 SINTOMATOLOGIA

A esquizofrenia nem sempre é fácil de ser detectada devido ao seu quadro complicado e bastante diversificado (FIGUEIRA; SAMPAIO; AFONSO, 2014). Na verdade, não existe nenhum sintoma que sozinho seja um indicador suficiente para se chegar ao diagnóstico, e ainda a sintomatologia varia ao longo da evolução da doença (FIGUEIRA; SAMPAIO; AFONSO, 2014). O aparecimento desta patologia é, geralmente, entre o final da adolescência e o início da vida adulta, e sendo uma doença crônica, ela apresenta uma evolução negativa a longo prazo, e o seu curso pode adquirir vários padrões, em que se pode dividir em sintomas positivos, negativos e ainda afetivos. Os sintomas positivos são aqueles que aparecem mais na fase aguda da doença, sendo mais facilmente realizado o diagnóstico nestas alturas (SCHNEIDER, 1954, citado por FIGUEIRA; SAMPAIO; AFONSO, 2014). Os sintomas positivos são caracterizados pela presença de: alucinações de qualquer esfera sensorial, mas são mais frequentes as auditivo-visuais; ideação delirante, que geralmente se inspiram na sociedade ou no momento histórico que vivenciam, bem como tanto podem ser estáveis e fixos, como o seu oposto; alterações da forma do pensamento, como dificuldades em manter uma conversa, fazer associações entre assuntos que não têm qualquer relação, discurso

incompreensível, entre outros; e comportamento desorganizado, como agressividade, isolamento ou atitudes bizarras (FIGUEIRA; SAMPAIO; AFONSO, 2014).

Os sintomas negativos remetem para um estado deficitário ao nível da motivação, das emoções, do discurso, do pensamento e também das relações interpessoais (FIGUEIRA; SAMPAIO; AFONSO, 2014). Estes sintomas negativos caracterizam-se pela presença de: isolamento e empobrecimento social, como a diminuição do interesse por atividades sociais, dificuldades em estabelecer relações intimas, bem como desinteresse sexual; alogia, como linguagem pobre, perda do discurso espontâneo, pobreza do conteúdo do pensamento, entre outros; abulia e a apatia, em que aparece falta de animo no desempenho de atividades da rotina diária, perda de autocuidado e hábitos de higiene, dificuldade em realizar um plano de ação apesar de ter o desejo de o fazer; e embotamento afetivo, em que há uma diminuição da resposta afetiva, de movimentos espontâneos, entre outros (FIGUEIRA; SAMPAIO; AFONSO, 2014).

Os sintomas afetivos, muitas vezes são confundidos com um quadro depressivo, e podem ocorrer em simultâneo com a própria doença (SIRIS, 1991, citado por FIGUEIRA; SAMPAIO; AFONSO, 2014). Estes indivíduos têm com frequência uma sensação de cansaço, falta de energia e dificuldade em sentir prazer em diversas atividades (anedonia). Geralmente esta sintomatologia é provocada pelos efeitos secundários da medicação antipsicótica (FIGUEIRA; SAMPAIO; AFONSO, 2014).

A esquizofrenia se caracteriza também por uma disfunção cognitiva, especialmente nos domínios da atenção, da memória de trabalho e das funções executivas (TAMMINGA; HOLCOMB, 2005, citado por GONÇALVES, 2015). Apesar das alterações cognitivas não fazerem parte dos critérios de diagnóstico desta patologia, eles comprometem, de fato, o funcionamento psicossocial destes sujeitos, uma vez que causam alterações a nível da fluência verbal, da aprendizagem e da memória verbal, da vigilância e da memória de trabalho, levando a um comprometimento do funcionamento adequado do doente (FIGUEIRA; SAMPAIO; AFONSO, 2014). As alterações cognitivas parecem ainda condicionar o processo de reabilitação, uma vez que mesmo controlados os sintomas da doença, os déficits cognitivos mantêm-se e limitam então o processo de reabilitação (GOLDBERG et al., 1993, citado por FIGUEIRA; SAMPAIO; AFONSO, 2014).

4 DIAGNÓSTICO

Uma vez que esta é uma patologia clínica heterogênea, as suas características são muito variadas, como referido anteriormente. De acordo com o DSM 5, para que a patologia seja diagnosticada, o individuo deve ter pelo menos dois dos sintomas do critério A, e pelo menos um desses sintomas deve ser a presença de delírios, alucinações ou discurso desorganizado. Para além destes, comportamento severamente desorganizado e sintomas negativos podem também estar presentes. Esta sintomatologia deve persistir à pelo menos um mês. De acordo com critério B, a esquizofrenia afeta também uma ou mais das principais áreas de funcionamento, como o trabalho, a autocuidado e até as relações interpessoais estão bem mais incapacitadas que antes do desenvolvimento e aparecimento da doença. Alguns dos sinais devem ter persistido durante seis meses, no mínimo, que remete para o Critério C, apesar de que, dentro destes seis meses, no mínimo durante um mês, o sujeito tem de apresentar sintomatologia que satisfaça o critério A. Aqui os sintomas prodrômicos costumam aparecer antes da fase ativa, e os sintomas residuais posteriormente, caracterizados por formas leves ou em níveis sublclínicos de alucinações ou delírios (APA). Nas fases prodrômicas e residuais, os sinais da perturbação podem ser apenas sintomas negativos, ou por outros dois ou mais do critério A de forma acentuada. Ao contrário de muitas outras perturbações, a esquizofrenia pode ser atribuída aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica, que é fundamentado pelo critério E do DSM 5.

Existem aspetos que também devem ser especificados acerca dos episódios que atualmente o individuo vivencia, mas estes devem apenas ser atribuídos após um ano de duração desta perturbação (APA).

5 EVOLUÇÃO E PROGNÓSTICO

Em relação as outras patologias psiquiátricas, a esquizofrenia é aquela que apresenta um pior prognóstico, uma vez que apresenta uma evolução heterogênea, e, portanto, torna-se difícil antever o seu desenvolvimento. Ainda assim existem fatores de risco que podem influenciar este prognóstico (FIGUEIRA; SAMPAIO; AFONSO, 2014).

A genética parece ser um dos maiores fatores de risco, apesar de haver também uma associação com os fatores ambientais, mais precisamente aqueles que afetam o desenvolvimento do sujeito (CASTLE; MORGAN, 2008 citado por SILVA, 2014). Aparenta haver um maior risco do surgimento da patologia, quanto maior for o grau de parentesco entre os sujeitos, pois parece que existem genes que aumentam a probabilidade da patologia

(GLATT, 2008, citado por SILVA, 2014). Apesar da sua etiologia ainda ser desconhecida parecem haver evidências de que a complexa interação de vários genes de neurotransmissão e de neurodesenvolvimento podem estar associados ao aumento da sua vulnerabilidade (SILVA, 2014). A hipótese dopaminérgica parece ser a mais aceita e melhor investigada, mas parecem existir evidências de que outros sistemas de neurotransmissores centrais também desempenham algum papel, havendo a probabilidade de estarem vários sistemas envolvidos de modo simultâneo (LIEBERMAN; MAILMAN; DUNCAM, 1998, citado por SILVA, 2006). Esta hipótese dopaminérgica baseia-se na ideia de que existe um desequilíbrio da dopamina, havendo um déficit da função dopaminérgica cortical e um excesso da função dopaminérgica a nível subcortical (FIGUEIRA; SAMPAIO; AFONSO, 2014).

Os fatores sociais também parecem aumentar os sintomas da doença, uma vez que há evidências de que determinados eventos de vida destes sujeitos poderão levar a episódios de esquizofrenia (SILVA, 2014). Existe uma incidência considerável de abuso de substâncias nesta população específica, levando a um diagnóstico menos favorável para a melhora da sintomatologia (SILVA, 2014). Incapacidades a nível psicossocial como problemas de relacionamento, isolamento, exclusão social, entre outros, são habituais nestes pacientes (CASTLE; MORGAN, 2008, citado por SILVA, 2014).

Outros fatores de risco que parecem estar associados para além dos referidos acima, são: complicações obstétricas ou perinatais, problemas de neurodesenvolvimento, nascimento na estação do inverno, infeções do sistema nervoso central, eventos de vida traumáticos agudos, entre outros (MCGRATH, 2006, citado por GONÇALVES, 2015).

6 TRATAMENTO

Uma grande parte desta população, cerca de 25%, são resistentes ao tratamento com medicamentos antipsicóticos (KANE, et al., 1988, citado por GONÇALVES, 2015). Geralmente o tratamento farmacológico tem melhores resultados nos sintomas positivos, mas os sintomas negativos são bastante difíceis de controlar e tratar (GONÇALVES, 2015). A adesão ao tratamento é difícil, pois estes sujeitos muitas vezes não têm noção, ou pouca têm, da natureza da sua alteração mental, havendo cerca de metade que aderem a curto prazo, e uma percentagem ainda mais baixa em tratamentos a longo prazo (JOHNSTONE, 1993, citado por GONÇALVES, 2015).

7 O que é a reabilitação neuropsicológica

Termos como reabilitação neuropsicológica, reabilitação cognitiva, treino cognitivo ou remediação cognitiva, têm sido utilizados para descrever qualquer programa sistemático que tenha por base a recuperação ou modificação das capacidades cognitivas de um sujeito que tenha sofrido uma lesão cerebral adquirida (LOVELL; STARRATT, 1996; LORING, 1999; REBER; REBER, 2001; TWAMLEY et al., 2003, citado por CARDOSO, 2011). Desta forma, a reabilitação neuropsicológica é um tratamento que tem como principal objetivo obter um funcionamento adequado à rotina diária de cada individuo, com o propósito de melhorar ou promover qualidade de vida, através de formas de reestabelecer as suas funções cerebrais e comportamentais (HAASE; LACERDA, 2004; PONTES; HÜBNER, 2008, citado por LIMA & ESPÍNDOLA, 2015). Este processo de reabilitação envolve técnicas que necessitam da compreensão de que o organismo trabalha de um modo integrado, e que desta forma, as nossas ações estão interligadas com o que ocorre a nível externo e interno ao indivíduo, que vai sendo influenciado e modificado à medida destas interações (KANDEL, 1998; PONTES; HÜBNER, 2008, citado por LIMA; ESPÍNDOLA, 2015). Ainda dentro desta linha, a reabilitação baseia-se também em estudos da neuroplasticidade, que é a capacidade que o organismo tem de se modificar à medida em que interage com o meio (HAASE; LACERDA, 2004, citado por LIMA; ESPÍNDOLA, 2015). A neuroplasticidade é um processo que promove a capacidade de desenvolvimento, regeneração e/ou modificação das conexões neuronais, que são provocadas devido a uma lesão ou com objetivo de preservar a funcionalidade do organismo (HAASE; LACERDA, 2004; MUSZKAT; MELLO, 2012, citado por, LIMA; ESPÍNDOLA, 2015). Existem alguns mecanismos que permitem a reorganização total ou parcial das conexões após uma lesão cerebral, sendo alguns deles: diasquise, reorganização funcional, modificação da conectividade sináptica, alteração da estimulação cerebral, entre outros (HAASE; LACERDA, 2004; MUSZKAT; MELLO, 2012, citado por LIMA; ESPÍNDOLA, 2015). Como tudo, a neuroplasticidade pode ser afetada por diversos aspectos, sendo alguns deles a ansiedade e diferenças dos níveis de vigilância do sujeito, mas ainda existem aspetos que parecem favorecer a reabilitação, sendo exemplos a idade, o local da lesão, o nível de comprometimento da pessoa, etc (HAASE; LACERDA, 2004).

De acordo com Prigatano (1999), citado por Marques, Queirós e Rocha (2006) a reabilitação cognitiva é um componente da reabilitação neuropsicológica, uma vez que a

primeira se foca essencialmente nas melhoras das funções cognitivas através de treinos cognitivos, e a reabilitação neuropsicológica, para além de incluir o tratamento dos déficits cognitivos, vais mais além focando-se também nas alterações de comportamento e emocionais, com o fim de melhorar a qualidade de vida do sujeito. Desta forma, a reabilitação cognitiva é um processo terapêutico que tem como objetivo recuperar, compensar e ainda promover as competências neurocognitivas (de uma forma sistemática), com base no pressuposto da plasticidade cerebral (MARQUES; QUEIRÓS; ROCHA, 2006) já referida anteriormente.

8 REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA NA ESQUIZOFRENIA

Já há algumas décadas que o tratamento do prejuízo funcional da esquizofrenia tem tido com base na reabilitação psicossocial, e uma vez que as funções cognitivas são das primeiras funções a apresentar um déficit, até mesmo antes do aparecimento dos sintomas psicóticos (KEEFE; EESLEY, 2013, citado por LIMA; ESPÍNDOLA, 2015), torna-se desde logo fundamental identificar quais os prejuízos nestas áreas bem como os aspetos que se encontram preservados, para que se possa estruturar um plano de reabilitação adequado àquele paciente (LIMA; ESPÍNDOLA, 2015).

Desta forma, os processos cognitivos, o comportamento e a perspetiva emocional do doente, devem ser reabilitados neuropsicologicamente, tendo por base as potencialidades de cada individuo, e assim desenvolver estratégias que compensem as dificuldades sentidas pelo individuo, como também que promovam o desenvolvimento de novas conexões neuronais (HAASE; LACERDA, 2004; PONTES; HÜBNER, 2008, citado por LIMA; ESPÍNDOLA, 2015). Ainda assim parecem ser os déficits cognitivos aquelas características centrais da problemática, e podem ser de nível moderado ou severo, incluindo domínios como a atenção, a memória de trabalho, a aprendizagem verbal, a memória verbal e ainda as funções executivas (AMORIM, SILVA; CRUZ, 2015).

Diversos autores defendem que a reabilitação neuropsicológica junto destes sujeitos deve ter como programas a nível psicossocial como a psicoterapia cognitivo-comportamental, a reabilitação vocacional ou treino em habilidades sociais (CARDOSO, 2011). Assim, uma vez que os déficits cognitivos atrapalhariam aquisição de novas habilidades, estimular as habilidades cognitivas parece ser a melhor forma para que se possa usufruir dos diferentes programas de reabilitação disponíveis (PONTES, 2011). Assim, a reabilitação

neuropsicológica junto desta população deve ser feita com o objetivo de trabalhar aspectos cognitivos, comportamentais e emocionais, sempre com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos pacientes (CZERMAINSKI, 2012).

Desta forma, a reabilitação neuropsicológica é feita muito a nível cognitivo, mais propriamente reabilitação cognitiva (que é um componente da reabilitação neuropsicológica), e até ser mais orientado para a estimulação sensorial uma vez que estes pacientes que não voltam ao dito estado "normal" (PONTES, 2011). Assim sendo, a intervenção junto destes pacientes é orientada para um plano adequado a cada individuo e às suas necessidades específicas, com o objetivo de recuperar os déficits ou então a estabilização de um processo de detioração, de modo a tornar os sujeitos mais independentes (FIGUEIRA; PAIXÃO, 2015). O plano de intervenção convém ser adequado às necessidades de cada sujeito, e deve conter diversos procedimentos, técnicas e tarefas que sejam de fácil aprendizagem e utilização, de uma forma estruturada, sistemática, integrada e sistêmica (FIGUEIRA; PAIXÃO, 2015).

Na reabilitação, o profissional deve desde logo explicar ao doente sobre o que se trata a doença, e que vai necessitar iniciar um tratamento de duração indeterminada (MOLL, 2008). É importante que o paciente tenha a noção de que o uso da medicação é crucial, bem como a sua cooperação em todos os tratamentos necessários, para que o processo de reabilitação obtenha resultados positivos para si próprio (MOLL, 2008).

A intervenção junto destes doentes envolve um trabalho de equipe, sendo multidisciplinar, em que o apoio familiar se torna extremamente importante para a sua reabilitação, uma vez que tem uma forte influência na prevenção de recaídas (BARROS, 2004).

9 REABILITAÇÃO COGNITIVA

As funções cognitivas são extremamente afetadas na esquizofrenia, mais precisamente áreas como a memória de trabalho, a aprendizagem e memória visual, a velocidade de processamento, a cognição social, a atenção sustentada, a aprendizagem e memória verbal e ainda as funções executivas, como já referido anteriormente (BOWIE; HARVEY, 2005; SHARMA; ANTONOVA, 2003; GREEN; KERN; BRAFF; MINT, 2003; PALHA, 2008, citado por VIEIRA, 2013).

Existem estudos que indicam que se tem procurado por um tratamento farmacológico (GREEN. KERN; HEATON, 2004, citado por VIEIRA, 2013) especificamente para a função neurocognitiva, mas é algo que tem sido difícil de se concretizar, e na sua alternativa, tem se procurado desenvolver terapias psicocomportamentais de reabilitação cognitiva (VIEIRA, 2013).

Como já referido, os déficits cognitivos são os aspetos mais evidentes nos sujeitos com esquizofrenia, desde o seu primeiro surto psicótico, incidindo de modo muito significativo no funcionamento funcional destes sujeitos (SPONHEIM et al., 2010, citado por IGNÁCIO, 2016), afetando o seu funcionamento no quotidiano, como as incapacidades sociais, laborais e também na automonitorização da própria doença (IGNÁCIO, 2016). Desta forma, os programas de reabilitação cognitiva envolvem vários domínios, como a atenção, a memória e a velocidade de processamento, executando exercícios repetitivos (IGNÁCIO, 2016). Estes exercícios podem ser de papel e lápis, por meio de softwares específicos em computadores, ou ainda a utilização de material audiovisual (MCGRATH; HAYES, 2000, citado por IGNÁCIO, 2016).

A Reabilitação Cognitiva parece ter uma relação positiva com a intervenção com os pacientes de esquizofrenia, uma vez que apresenta melhoras cognitivas, generalizando-se a toda a sintomatologia, quer sintomas positivos, quer negativos, apesar de toda a sua heterogeneidade falada anteriormente (CHAN; NGAI; LEUNG; WONG, 2010; EACK; GREENWALD; HOGARTY; COOLEY; DIBARRY; MONTROSE; KESHAVAN, 2009; EACK; GREENWALD; HOGARTY; KESHAVAN, 2010; IWATA; TAKAKUNA; TAMAGAWA; IKEBUCHI; KIMURA, 2008, citado por SÁNCHEZ, 2012). Ainda assim, torna-se importante realçar que quando a reabilitação cognitiva é aplicada em conjunto com outro tipo de tratamentos, como a preparação para o trabalho, esta apresenta melhores resultados (COOK; RAZZANO, 2000; WYKES; HUDDY, 2009; KURTZ; NICHOLS, 2007; POPESCU; MICLUTIA, 2009, citado por SÁNCHEZ, 2012).

Desta forma, como as funções cognitivas são das áreas mais afetadas na esquizofrenia, o desenvolvimento destas competências é uma intervenção essencial junto de sujeitos esquizofrênicos. A Reabilitação Cognitiva baseia-se essencialmente na estimulação das funções executivas, com o objetivo de as aplicar nas atividades da rotina diária, em que utiliza exercícios em que o sujeito é incentivado a interagir e em se concentrar nessas atividades (NASCIMENTO; CARVALHO; COSTA, n.d). A primeira coisa que se deve atentar na reabilitação cognitiva, é determinar quais as áreas cognitivas a reabilitar com aquele paciente

(SANCHEZ, 2012). Assim, na Reabilitação Cognitiva na Esquizofrenia existem duas grandes abordagens que são essenciais trabalhar, sendo elas a remediação e a compensação, sendo relevante perceber a diferença entre elas (VIEIRA, 2013).

Na remediação o objetivo das intervenções é para que os sujeitos aprendam a realizar tarefas e procedimentos que já o faziam anteriormente, com o intuito de otimizar o modo como reproduzem essas atividades, que podem ser de forma semelhante ou não ao que faziam anteriormente à doença (VIEIRA, 2013). De uma outra forma, elas pretendem restituir uma determinada função cognitiva, ou então atingir o desempenho cognitivo que o sujeito tinha anteriormente à doença (SANCHEZ, 2012). Neste tipo de terapias, uma vez que se pretende reparar os déficits cognitivos, é comum se realizar exercícios repetitivos e hierarquizados, que vão agir de modo direto naquela função cognitiva especifica, ou até mesmo em várias (PALHA; MARQUES-TEIXEIRA, 2006; VELLIGAN; KERN; GOLD, 2006; MEDALIA; CHOI, 2009; KURBZAN; DAVIS; BREKKE, 2010, citado por VIEIRA, 2013). Geralmente, as técnicas remediativas são aquelas mais utilizadas juntos destes pacientes.

A "Integrated Psychological Therapt", foi um dos primeiros programas de remediação cognitiva para esquizofrênicos, em que o seu principal objetivo é tratar as disfunções cognitivas e as suas consequências nas funções sociais (PONTES, 2011). Este programa baseia-se na ideia de que as funções cognitivas básicas são essências para que se possa aceder àquelas mais complexas, como por exemplo as sociais (PONTES, 2011).

A "Neurocognitive Enchancement Therapy" envolve a prática de exercícios cognitivos computorizados, utilizando um software que trabalha especialmente áreas da atenção, memória e funções executivas (VELLIGAN; KERN ; GOLD, 2006), a participação num grupo de processamento de informação social, e ainda a participação em reuniões com especialistas de determinados empregos, que avaliam o desempenho destas pessoas, com base nas avaliações dadas à atenção, memória e funções executivas (BELL; WEXLER; BRYSON; GREIG; CORCORAN, 2001, citado por VIEIRA, 2013). Geralmente os exercícios são organizados conforme a dificuldade, e os pacientes trabalham de acordo com seu próprio ritmo, conseguindo obter bons resultados nas tarefas propostas (PONTES, 2011). As tarefas são pensadas de modo a se tornarem cada vez mais desafiadoras, bem como mais motivantes, para que o paciente consiga obter um bom desempenho (PONTES, 2011).

A "Cognitive Remediations Therapy" procura entender como é que os déficits de processamento cognitivo comuns em pessoas com esquizofrenia se relacionam às dificuldades em comportamentos complexos que esta população apresenta, como o funcionamento social

(PONTES, 2011). Este programa mantém o seu foco nos déficits de processamento executivo, e ainda apresenta três módulos, sendo eles a flexibilidade cognitiva, a memória de trabalho e o planejamento (PONTES, 2011). Ao contrário de muitos outros programas, este não utiliza exercícios computadorizados, havendo uma maior evidência do papel do profissional. Mais uma vez os exercícios são organizados de acordo com a dificuldade, e é de acordo com o ritmo do paciente, sendo aplicado de modo individual (PONTES, 2011).

O "Cognitive Enhancement Therapy" é também um processo terapêutico que combina diversas atividades para melhorar o desempenho cognitivo nas funções cognitivas básicas, utilizando intervenções para impulsionar recursos relacionados às habilidades preceptivas e cognitivas, importantes para o funcionamento social e todo um ajustamento geral destes sujeitos com esquizofrenia (HOGARTY; FLESCHER; ULRICH et al., 2004, citado por TOMÁS; FUENTES; RODER; RUIZ, 2010). Geralmente é um programa dirigido a indivíduos com esquizofrenia estável, com o intuito de melhorar as suas habilidades neurocognitivas e a cognição social (TOMÁS; FUENTES; RODER; RUIZ, 2010). Este tipo de intervenção tem como principal objetivo atingir duas habilidades básicas: avaliar adequadamente os estímulos e os contextos sociais e adotar formas flexíveis de pensamento que permitam a presença de múltiplas alternativas de fontes de informação, a antecipação de possíveis consequências de determinada resposta e ainda a apreciação dos pontos de vista dos outros (TOMÁS; FUENTES; RODER; RUIZ, 2010). Para este gênero de exercícios são utilizados softwares específicos como por exemplo o "Orientation Remediation Module of Ben-Yishay, Piasetsky and Rattock" de 1987 (TOMÁS; FUENTES; RODER; RUIZ, 2010).

Um outro programa é o "Attention Shaping Procedure", que tem como principal objetivo alterar comportamentos e também a cognição (VIEIRA, 2013). Este programa aplica técnicas de modelação de comportamentos, essencialmente o reforço diferencial de aproximações sucessivas ao comportamento desejado, com o intuito de fortalecer comportamentos que antes não aconteciam, ou então que era muito raro (VELLIGAN; KERN; GOLD, 2006; SILVERSTEIN; MENDITTO; STUVE, 2001).

Por fim, apesar de existirem muitas outras, a "Neuropsychological Educational Approach to Rehabilitation", que consiste em um conjunto de técnicas de ensino da psicologia educacional, em que tem por base princípios da motivação intrínseca e do envolvimento nas tarefas (MEDALIA; FREILICH, 2008; VELLIGAN; KERN; GOLD, 2006). Esta terapia procura desde o início trabalhar exercícios mais complexos, como por exemplo as funções executivas, recorrendo a várias atividades e softwares que agem sobre diversas competências

cognitivas, fornecendo assim, vários contextos personalizados em função das capacidades individualizadas de cada paciente (MEDALIA; FREILICH, 2008). Este programa utiliza atividades que utilizam o computador e outras que não (PONTES, 2011). Um aspeto essencial é que as atividades neste programa são planejadas de modo a serem prazerosas e motivadoras, exigindo a utilização de diversas habilidades cognitivas (PONTES, 2011).

Passando agora para as abordagens de compensação, aqui os sujeitos aprendem estratégias para que exerçam determinadas tarefas de uma forma diferente do que é habitual, com o objetivo de tornar inconsciente e automática a produção de comportamentos muito semelhantes aos dos indivíduos saudáveis (VIEIRA, 2013). Aqui já não falamos de restruturar o déficit cognitivo, mas sim em compensá-lo, através de diversas técnicas cognitivas intactas ou suportes ambientais, promovendo no indivíduo com esquizofrenia condutas naturalísticas quer para o trabalho, quer para atividades da sua rotina diária (KRABBENDAM; ALEMAN, 2003; PALHA; MARQUES-TEIXEIRA, 2009; MEDALIA; CHOI, 2009, citado por VIEIRA, 2013). Nesta abordagem, procura-se aproveitar ao máximo as vantagens cognitivas, de modo que se possa treinar o comportamento que pode ser de interesse para o sujeito (GREEN, 2009, citado por TOMÁS; FUENTES; RODER; RUIZ, 2010). Segundo alguns estudos, esta abordagem parece ser mais apropriada para atenuar o impacto dos déficits cognitivos do quotidiano destes pacientes (MONTEIRO; LOUZÃ, 2007). Como se irá abordar mais à frente, a abordagem compensatória utiliza anotações, utilização de pistas visuais, bem como o treino das habilidades cognitivas, para diminuir as consequências que a nível cognitivo esta doença crônica provoca (MONTEIRO; LOUZÃ, 2007).

Uma das estratégias mais utilizadas é a "Errorless Learning" ou Aprendizagem sem Erro, que assenta em dois princípios: através da implementação de diversos métodos de ensino e de instruções auxiliares, para que se previnam os erros durante a aprendizagem; e a repetição continua e persistente de exercícios, para que possam automatizar a execução da tarefa da forma mais perfeita possível (VELLIGAN; KERN; GOLD, 2006). Este programa baseia-se na ideia de que cometer erros pode afetar negativamente certos grupos com deficiências cognitivas, e para pessoas com esquizofrenia, parece que o processo de aprendizagem é extremamente problemático (TOMÁS; FUENTES; RODER; RUIZ, 2010). Geralmente os exercícios acometidos nestas intervenções partem de formas mais simples para as mais complexas (TOMÁS; FUENTES; RODER; RUIZ, 2010). Apesar de ser uma abordagem de aplicação longa com atividades mais complexas, a literatura descreve que esta traz também ganhos positivos com treinos mais curtos, indicando mais uma vez que a

Aprendizagem sem Erro parece ser bastante promissora para pacientes com esquizofrenia (PONTES, 2011).

Uma outra estratégia é a "Cognitive Adaptation Training" que enfatiza a ideia que os déficits no funcionamento cognitivo podem levar a problemas no desenvolvimento do comportamento, e até mesmo causar problemas na iniciação ou inibição de comportamentos (TOMÁS; FUENTES; RODER; RUIZ, 2010). Para corrigir estes problemas, esta estratégia de intervenção utiliza suportes e adaptações ambientais (como pistas, listas de verificação, cartazes, etc) que tenham como fim promover a execução dos comportamentos desejados (como por exemplo, tomar a medicação). Estas estratégias são baseadas numa avaliação completa do funcionamento cognitivo, comportamento e ambiente (PONTES, 2011). Esta abordagem ainda defende que os prejuízos no funcionamento executivo levam a dificuldade de iniciar ou até inibir comportamentos apropriados (PONTES, 2011). Desta forma, o ambiente pode ser preparado para dar pistas para que se dê o comportamento desejado, diminuindo a distração e mantendo o foco naquele objetivo (PONTES, 2011). Torna-se importante referir que todas estas estratégias são utilizadas de forma adaptada a cada individuo, tendo em conta as capacidades e limitações de cada um (VELLIGAN; KERN; GOLD, 2006).

De acordo com Brenner e colaboradores (1994), citado por Marques, Queirós & Rocha (2006), indivíduos com esquizofrenia apresentam déficits significativos a níveis funcionais de organização comportamental, que podem ser organizados em quatro categorias: a nível atencional/percetual, que está relacionada com as dificuldades básicas de processamento de informação; a nível cognitivo, que inclui essencialmente a formação de conceitos, os processos pré linguísticos associativos e também atribuições; a nível microssocial, que compõe as competências funcionais e ainda comportamentos sociais básicos; e, por fim, a nível macrossocial, que se dirige à efetividade do desempenho dos papeis sociais. Nestas categorias, pressupõe-se que haja interações entre o processamento de informação e o comportamento social (MARQUES; QUEIRÓS; ROCHA, 2006).

Ainda dentro da reabilitação cognitiva, torna-se relevante mencionar a realidade virtual como sendo um dos métodos que permite integrar as melhores potencialidades da abordagem restaurativa (treinamento de competências cognitivas específicas) e da abordagem funcional (atividades da rotina diária) (COSTA; CARVALHO, 2004; SCHULTHEIS; RIZZO, 2001, citado por MARQUES; QUEIRÓS; ROCHA, 2006). Estes programas parecem melhorar a execução das tarefas destes indivíduos, mas ainda assim não existem evidências

sobre a capacidade da sua generalização (TOMÁS; FUENTES; RODER; RUIZ, 2010). Geralmente centram-se em habilidades de atenção ao invés de habilidades de resolução de problemas (TOMÁS; FUENTES; RODER; RUIZ, 2010). Estes programas computorizados parecem trazer vantagens sobre os métodos mais antigos da utilização de lápis, uma vez que permite que o grau de dificuldade aumente sistematicamente, fornece feedback de modo imediato, entre outros, mas para esta população específica, parece que algumas das desvantagens são devidas a pouca interação social, quando este programa é administrado de modo individual (TOMÁS; FUENTES; RODER; RUIZ, 2010).

10 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Assim, a reabilitação psicossocial inclui vários domínios, nomeadamente, a reabilitação profissional que aborda a formação profissional, e a reabilitação residencial que inclui as atividades da rotina diária, a relação de grupo, gestão de dinheiro, entre outros (TEIXEIRA; SANTOS; ABREU; GONÇALVES, 2009). Ela permite que o paciente recupere o máximo de habilidades perdidas, motivando-o a cuidados de atividades do seu dia-a-dia, como o sono, a alimentação, higiene, atividades de lazer, e se possível, o retorno ao trabalho (MOLL, 2008). A reabilitação psicossocial consiste num espectro de programas dirigidos a pessoas com perturbações mentais a longo prazo, sendo que esses programas devem fornecer aos indivíduos habilidades e capacidades a nível de emprego, social, crescimento social, bem como necessidades habitacionais (RUTMAN, 1987, citado por MOLL, 2008).

A reabilitação profissional é essencial, uma vez que concede ao sujeito uma estrutura do seu dia-a-dia, objetivos, cria-lhe autoestima bem como uma maior rede social, entre outros (BECKER; DRAKE; NAUGHTON, 2005, citado por TEIXEIRA; SANTOS; ABREU; GONÇALVES, 2009). Os indivíduos com esquizofrenia têm dificuldades em desenvolver competências e conhecimentos fundamentais para que possam exercer um emprego, e a função da reabilitação psicossocial é ensinar a estas pessoas competências e recursos necessários para que possam viver de uma forma satisfatória no seu ambiente social (TEIXEIRA; SANTOS; ABREU; GONÇALVES, 2009). De acordo com a literatura, a disfunção social é uma das características que define um sujeito com esquizofrenia, e por esta razão torna-se essencial o treino de competências sociais (TEIXEIRA; SANTOS; ABREU; GONÇALVES, 2009). Geralmente este treino é feito em pequenos grupos, em que se incluem atividades de competências de entrevista, de estabelecimento de diálogo, bem como

comportamentos específicos como adequar o volume da voz e fazer questões (TEIXEIRA; SANTOS; ABREU; GONÇALVES, 2009).

O treino de competências sociais é muito utilizado, e geralmente é acompanhado por métodos educacionais estruturados, reforço social, modelling e role playing (SANTOS, 2000). É fundamental ter em mente que para além das competências sociais, torna-se importante também trabalhar junto desta população aptidões como a gestão do dinheiro, cuidados pessoais, treino de adesão e utilização da medicação, entre outros (SANTOS, 2000), uma vez que são aspectos fundamentais para que o paciente se torne o mais autônomo possível, tendo em conta as suas limitações.

Uma vez que a reabilitação psicossocial tem como objetivo também promover autonomia no paciente, atividades que promovam a socialização são essenciais, pois proporcionam ao individuo autoestima, uma vez que incutem nele sentimento de que são capazes de exercer uma função social (MOLL, 2008). Torna-se fundamental inserir estes sujeitos na comunidade, em que se deve procurar conhecer as atividades que estes sujeitos gostam de realizar, e assim inseri-los nessas mesmas atividades, como por exemplo uma festa (MOLL, 2008).

CONCLUSÃO

A reabilitação neuropsicológica tem como um possível componente a reabilitação cognitiva, e como já dito anteriormente, na esquizofrenia vê-se as funções cognitivas extremamente afetadas, sendo que a reabilitação cognitiva parece trazer benefícios aos pacientes com esquizofrenia, em que as intervenções mais eficazes parecem ser aquelas que acometem a área social e funcional destes pacientes, uma vez que permite que estes sujeitos se insiram na sociedade (SÁNCHEZ, 2012).

A reabilitação psicossocial, revela-se também um componente essencial trabalhar junto destes pacientes, uma vez que trabalha as habilidades sociais e o treino vocacional, e é uma área que deve ser trabalhada o mais cedo possível, integrando o processo de intervenção do paciente (TEIXEIRA; SANTOS; ABREU; GONÇALVES, 2009). Há autores que defendem que a utilização de psicoterapias intensas, bem como estimulantes, por vezes podem se tornar prejudiciais, pois quando são aplicados de modo intrusivo e excessivo, acabam por ignorar as necessidades que o paciente tem de educação, maestria e apoio (GUNDERSON; FRANK; KATZ; VANNICELLI; FROSCH; KNAPP, 1984; DRAKE;

SEDERER, 1986, citado por MANN; TANDON; BUTLER; BOYD; EISNER; LEWIS, 1993).

Importa realçar que é essencial que anteriormente tenha sido realizada uma correta avaliação neuropsicológica, pois só desta forma se irá conseguir obter melhoras nas áreas afetadas do individuo, e assim atingir a melhor qualidade possível.

Por fim, torna-se importante referir que, devido aos déficits cognitivos que esta população apresenta, por vezes torna-se difícil abordar outras formas de intervenção, como por exemplo a reabilitação psicossocial (PONTES, 2011). Desta forma, torna-se importante trabalhar as funções cognitivas, recorrendo, por exemplo à reabilitação cognitiva, para que depois se possa utilizar outras intervenções, sempre com o intuito de melhorar a qualidade de vida (PONTES, 2011).

NEUROPSYCHOLOGICAL REHABILITATION / STIMULATION IN SCHIZOPHRENIA

ABSTRACT: This article intends to present a bibliographic review about Schizophrenia, maintaining its focus on neuropsychological rehabilitation / stimulation. Initially, there is a brief review of what schizophrenia is, where we talk about historical considerations, its epidemiology, symptoms, its diagnosis, and diagnostic criteria according to DSM 5, evolution and prognosis and its treatment. Then it is discussed the Neuropsychological Rehabilitation / Stimulation, where it is focused particularly on cognitive rehabilitation and the programs involved, as well as Psychosocial Rehabilitation.

Keywords: Schizophrenia; Neuropsychological Rehabilitation; Cognitive Rehabilitation; Psychosocial Rehabilitation.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATIO. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (6th ed.). Arlington: VA, 2013.

AMORIM, L., Silva, M.; Cruz, R. Relação funcionalidade e déficit cognitivo em pacientes com esquizofrenia. I Simpósio de Neurociência e Sono, 2015.

BARROS, A. Inclusão Social dos Esquizofrénicos. (Dissertação de Mestrado). Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2014.

CARDOSO, M. **Estudo Perliminar Sobre a Relação das Funções Executivas e o Retorno ao Trabalho Após o Primeiro Surto Psicótico na Esquizofrenia.** (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

CZERMAINSKI, F. **Avaliação Neuropsicológica das Funções Executivas no Trasntorno do Espectro do Autismo.** (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

FIGUEIRA, A.; Paixão, R. Programa de intervenção neuropsicológica REHACOG: a arquitetura e desenvolvimentos da versão portuguesa. **Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación,** 2015.

FIGUEIRA, M., Daniel, S.; Sampaio, D. **Manual de psiquiatria clínica.** Lisboa: Lidel, 2014.

GONÇALVES, A. **Cultura e Esquizofrenia.** (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2015.

HAASE, V.; Lacerda, S. Neuroplasticidade, variação interindividual e recuperação funcional em neuropsicologia. **Temas em Psicologia da SBP,** n. 12, p. 28-42, 2004.
HERNÁNDEZ, J. **La Rehabilitación Neurocognitiva y su Relación com la Mejora del Processo Cognitivo Global Y Los Patrones En la Esquizofrenia.** (Dissertação de Doutormamento). Universidade de Colima, Colima, 2010.

IGNÁCIO, M. **Reabilitação das Funções Executivas de Pessoas com Esquizofrenia:** Proposta de um Jogo Sério Contextualizado nas Atividades Instrumentais de Vida Diária. (Dissertação de Doutoramento). Universidade do Porto, Porto, 2016.

LIMA, A.; Espíndola, C. **Esquizofrenia:** Funcções Cognitivas, Análise do Comportamento e Propostas de Reabilitação, 2014.

MARQUES, A.; Queirós, C.; Rocha, N. Metodologia de Reabilitação Cognitiva num Programa de Desenvolvimento Pessoal de Indivíduos com Doença Mental e Desempregrados de Longa Duração. **Psicologia, Saúde & Doenças,** n. 7, p. 109-116, 2016.

MEDALIA, A.; Freilich, B. The Neuropsychological Educational Approach to Cognitive Remediation (NEAR) Model: Practice Principles and Outcome Studies. **American Journal of Psychiatric Rehabilitation,** n. 11, p. 123-143, 2008.

MOLL, M. **Reabilitação Psicossocial de Pessoas com Esquizofrenia:** Estudo de Caso. (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

MONTEIRO, L.; LOUZÃ, M. **Alterações cognitivas na esquizofrenia:** consequências funcionais e abordagens terapêuticas. Revista de Psiquiatria Clínica, n. 34, p. 179-183, 2007.

NASCIMENTO, D.; CARVALHO, G.; COSTA, M. **ReabRA:** Reabilitação Cognitiva através de uma aplicação de Realidade Aumentada, s.d.

PONTES, L. **Treinamento de atenção e memória em pacientes com esquizofrenia estáveis:** um estudo randomizado, controlado, duplo-cego. (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SÁNCHEZ, H. Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia. **Psicología, Conocimiento y Sociedad,** n. 2, p. 80-129, 2012.

SANTOS, M. Esquizofrenia: Perspectivas Actuais de Reabilitação Psicossocial. **Psicologia,** n. 14, p. 91-109, 2000.

SILVA, M. **A Memória Operatória na Esquizofrenia:** Um Olhar Sobre os Défices nas Modalidades Verbal e Visuo-Espacial. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto, Porto, 2014.

SILVERSTEIN, S.; MENDITTO, A.; STUVE, P. Shaping Attention Span: An Operant Conditioning Procedure to Improve Neurocognition and Functioning in Schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin,** n. 27, 2001.

TEIXEIRA, C.; Santos, E.; ABREU, M.; GONÇALVES, P. Reabilitação Psicossocial de Pessoas com Esquizofrenia: Estudo de Caso. **Psychologica,** n. 50, p. 97-139, 2009.

TOMÁS, P.; FUENTES, I.; RODER, V.; RUIZ, R. Cognitive Rehabilitation Programs in Schizophrenia: Current Status and Perspectives. **International Journal of Psychology and Psychological Therapy,** n. 10, p. 191-204, 2010.

VELLIGAN, D.; KERN, R./ GOLD, J. (2006). Cognitive Rehabilitation for Schizophrenia and the Putative Role of Motivation and Expectancies. **Schizophrenia Bulletin,** n. 32, p. 474-485, 2006.

VIEIRA, J. Reabilitação Cognitiva na Esquizofrenia. **Psilogos,** n. 11, p. 22-42, 2013.