



A Importância Da Escuta E Do Afeto No Estágio Com Pacientes Esquizofrênicos

Eduardo Braga e Silva¹
Gilceli Reis
Itanael Rodrigues de Souza
Diego da Silva²

RESUMO: O Período da pós pandemia da Covid-19 está trazendo muitos desafios no que diz respeito a atuação da psicologia no campo da saúde mental. O Tema principal do presente artigo é a importância da interação com os pacientes esquizofrênicos. Ele relata a experiência de um Estágio com um grupo de alunos da Psicologia, do sétimo período de uma instituição educacional de Curitiba-PR. Esta atividade da disciplina de Estágio Supervisionado aconteceu em uma Casa de Apoio com dezenas de acolhidos, sobretudo, esquizofrênicos. A análise do processo revelou-se quão benéfico foi o acolhimento emocional por meio da observação, da escuta ativa e passiva e de outras práticas que ampliaram o acesso e a interação ao mundo destes pacientes.

Palavras-Chave: Estágio, Observação, Escuta, Esquizofrenia, Afetividade.

ABSTRACT: The Post-Pandemic Period of Covid-19 is bringing many challenges with regard to the performance of psychology in the field of mental health. The main theme of this article is the importance of interaction with schizophrenic patients. He reports the experience of an Internship with a group of psychology students, from the seventh period of an educational institution in Curitiba-PR. This activity of the discipline of Supervised Internship took place in a Support House with dozens of welcomed, mainly, schizophrenics. The analysis of the process proved to be how beneficial the emotional reception was through observation, active and passive listening and other practices that expanded access and interaction to the world of these patients.

Keywords: Internship, Note, Listening, Schizophrenia, Affectivity

I. INTRODUÇÃO

Recentemente, o Brasil e o mundo, se viram obrigados, repentinamente, a repensar a forma de viver. Está cada vez mais latente a necessidade de pensarmos sobre a saúde mental. Os tempos pós pandêmicos nos colocam diante do grande desafio do cuidado emocional. E, é justamente aqui, que a Psicologia.

O Artigo, que temos em mãos, é fruto de um estágio supervisionado de alunos graduandos em Psicologia, pelo Centro Universitário Uniensino de Curitiba, no Paraná. O tema do estágio é a Saúde, e o local escolhido está destinado a receber pessoas adultas que possuem algum tipo de comprometimento psiquiátrico. Portanto, encontra-se no contexto da Saúde Mental!

Durante o período probatório, a doença da esquizofrenia mostrou-se predominante entre os pacientes acolhidos. Para a compreensão do processo dinâmico que envolve saúde e doença, deve-se levar, sobretudo, em conta, a partir do conceito atual de saúde, a dimensão do bem-estar, que se caracteriza como um conceito muito mais amplo.

A Esquizofrenia, já contemplada no Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, o DSM-5, está caracterizada como “Espectro da Esquizofrenia”, definida, juntamente com outros transtornos psicóticos, por sua anormalidade em pelo menos cinco domínios. A saber: delírios, alucinações, pensamento desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado (o que pode incluir catatonia) e sintomas negativos.

¹Acadêmicos do curso de Psicologia da Uniensino.

² Docente do curso de Psicologia da Uniensino.

*Corresponding Author: Eduardo Braga e Silva

A personalidade esquizotípica pode ser contextualizada dentre os transtornos de personalidade, comprometendo a visão de realidade do sujeito, diminuindo sua expressão emocional, ocasionando, quase sempre avolia.

Sabe-se, que, por exemplo, no paciente esquizofrênico, por um tempo significativo o aparecimento de perturbações, relações interpessoais, como também as práticas de autocuidado, permanecem bem abaixo do esperado.

Os sintomas de tais pacientes envolvem uma série de disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais. Muitas vezes o diagnóstico é reconhecido quando já existem prejuízos severos na vida laboral e social.

Percebeu-se, durante o período do estágio supervisionado, a importância do contato mais direto com os acolhidos da Casa, o que levou os estudantes a pensarem na “Afetividade”, por meio dos encontros que iriam espontaneamente acontecendo. Respaldados na práxis e na ciência do comportamento, comprovou-se que o desenvolvimento humano, em qualquer período da vida, alterna fases em que ora predomina a dimensão afetiva, ora a cognitiva.

O motivo levado a discorrer sobre este tema foi o contato com os próprios internos da casa de Acolhida. Percebeu-se a vulnerabilidade da condição humana, e o quanto pode ser fácil para um indivíduo aparentemente saudável chegar a estar em uma similar situação.

Inseridos, pela ciência psicológica, no epicentro do comportamento humano, sente-se o desafio de acolher, perceber e entender, de forma mais humanizada, esta questão de saúde mental. De certo, há uma contribuição desta experiência e percepção, para eventuais alunos graduandos em Psicologia, futuros estagiários, e até mesmo profissionais da área de saúde, uma vez que, a partir de uma observação mais ativa e interativa, percebeu-se muitos ganhos no relacionamento com os pacientes, sobretudo, quando estes manifestaram seus desejos e sentimentos através das palavras, escritos e eventuais desenhos, por exemplo.

Os objetivos a serem alcançados com esta publicação encontram-se ancorados na certeza de que, mesmo comprometidos com grande parte da realidade, pacientes esquizofrênicos podem ser acessados e comunicarem seus conteúdos interiores tão desorganizados e fragmentados, por meio do contato físico, do afeto, por meio da escuta empática, como também práticas simples e acessíveis como a arteterapia.

A metodologia utilizada para este artigo foi o relato das experiências recolhidas semanalmente após os estágios, e entregues, quinzenalmente, ao professor responsável. O presente artigo pode também colaborar com uma nova configuração desta experiência de estágio supervisionado na modalidade presencial de observação. Ao longo do tempo, foram identificadas algumas necessidades, tanto pelos acadêmicos, como pelo professor responsável, onde a prática estagiária foi repensada, repaginada e ressignificada. Autonomia responsável, criatividade, escuta passiva e observação ativa foram, de certo, novas habilidades adquiridas. Sabe-se que alguns indivíduos com psicose podem carecer de consciência ou insight em decorrência de seu transtorno; porém, foi percebido, que muitos deles, estão além (conforme dias e situações) de seus diagnósticos!

E, embora, hajam diferenças múltiplas e objetivas, no cérebro de pessoas saudáveis e pessoas com esquizofrenia, incluindo evidências de estudo por neuroimagem, foram percebidos vários pontos de intercessão comum, pelo fato destes pacientes terem sido acolhido, sobretudo, como pessoas. Aqui também, convém elucidar, que embora, se tenha pesquisado a visão da pessoa esquizofrênica em algumas abordagens psicológicas, foi feita a escolha da abordagem centrada na pessoa como a forma de entendimento e o ‘modus operandi’ durante a experiência do estágio.

DESCRIÇÃO GERAL DAS PRÁTICAS REALIZADAS

A equipe de estudantes de psicologia do 7º período teve como estudo a esquizofrenia, como ela se manifesta e entender em campo o funcionamento de uma casa de apoio onde se dá o suporte e acolhida a pessoas com esta doença. O tempo de estudo foi de 15 horas, dividido em cinco dias de três horas dia. A casa de apoio tem como pacientes 35 pessoas sendo em sua maioria mulheres, dispõem de uma equipe de colaboradores que mantêm a organização da casa assim como a alimentação e higiene do local, os remédios ministrados aos pacientes são dados em horários pontualmente certos, que no caso na parte da manhã e a tarde, somente ministrados com a receita médica.

No contexto da equipe ficou a tarefa de observar o comportamento dos pacientes e a suas interações entre eles para o desenvolvimento do conhecimento da doença de esquizofrenia, como ela surge, qual a idade e o comportamento destes pacientes mediante a doença e a suas individualidades como um ser humano, e suas questões emocionais e psíquicas, e saber como o paciente de esquizofrenia tem a compreensão de si mesmo e qual seus desafios de conviver com a doença, suas alegrias e tristezas, sua auto percepção e a percepção do mundo externo.

O que a equipe observou nos primeiros encontros com os pacientes é que a esquizofrenia é sofrida de maneiras diferentes para cada pessoa, para alguns pacientes relata ter começado a ouvir vozes na infância a partir dos quatro anos de idade, estes delírios e alucinações tem a sua causa o fatores genéticos e ambientais, que

influenciam para o surgimento da esquizofrenia, para alguns pacientes a interação com o mundo externo se limita em algumas horas ou poucos momentos que se pode conversar, e para saber o seu ponto de vista, em determinados assuntos, somente em alguns momento eles querem se expressar, o tema mais abordado é religioso e questões familiares.

Muitos dos pacientes da casa de apoio relataram em suas histórias de vida que trabalhavam e eram casadas, e a maioria destas mulheres tem filhos, contudo devido a doença elas ficam violentas e agressivas por estes motivos os seus familiares optaram por deixarem na casa de apoio onde se tem cuidados específicos para os portadores de esquizofrenia, foi observado que na casa também possuem pacientes que quase não se comunicam, devido ao aprofundamento crônico da doença.

Existem cinco sintomas característicos da esquizofrenia: delírios, alucinações, fala desorganizada (desconexão ou incoerência), comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico e sintomas negativos (embotamento afetivo alolia ou avoliação). Em alguns pacientes foi observado um comportamento catatônico, um olhar fixo em uma única direção, além de estar paralisado sem interagir com o ambiente ao seu redor, poucas vezes moviam o olhar, mas sem expressar interesse com as pessoas e suas conversas, muitos destes pacientes transmitem a ideia de estar focado em seus pensamentos. O comportamento psicomotor chamou a atenção da equipe de observação, o andar desorganizado, como se não tivessem controle sobre o corpo, mais propriamente as pernas, este comportamento está de acordo com o critério diagnóstico de esquizofrenia do DSM-5, tabela 6.2.

Para ser diagnosticado com esquizofrenia o indivíduo tem que satisfazer todos os critérios listados em A-F:

A- Dois (ou mais) dos seguintes sintomas devem estar presentes por um período significativo de tempo durante um período de um mês (embora este possa ser menor se o indivíduo for tratado com sucesso). Pelo menos um sintoma deve ser das três primeiras categorias.

1-Delírio;

2-Alucinação;

3- Fala desorganiza;

4- Comportamento psicomotor grosseiramente anormal;

5- Sintomas negativos, como afeto restrito, avoliação e associalidade.

B- Disfunção ocupacional, desde o início da perturbação, uma ou mais áreas importantes do funcionamento, como trabalho, relações interpessoais ou auto cuidado estão acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início da perturbação delirante.

C- Duração de pelo menos seis meses

D- Sem evidência de transtorno esquizoafetivo, depressivo ou bipolar

E- Os sintomas não se devem ao uso de substâncias ou uma condição médica geral.

F- Se houver uma história de transtorno do espectro autista ou um transtorno de comunicação de início da infância, o diagnóstico de esquizofrenia é feito apenas se delírios ou alucinações proeminentes também estiverem presentes por pelo menos um mês.

Com estes critérios do DSM-5 a equipe de observação pode obter o conhecimento da esquizofrenia de forma prática e interpessoal com os pacientes, o que ajudou de forma significativa ao conhecimento do transtorno e suas evidencias patológicas observáveis, estas práticas semanais na casa de apoio trouxe a familiaridade com o comportamento esquizofrênico e entendimento de forma direta com os pacientes esta doença.

Bleuler cunhou o termo esquizofrenia (schizo = dividir / phrene = mente), caracterizou como transtorno mental. A equipe esteve a disposição para a escuta e acolhida em suas histórias de dores e alegrias, sempre respeitando o ponto de vista dos pacientes, não interferindo ou conduzindo os sentimentos deles, somente dando atenção e amparo. Os pacientes da casa demonstravam uma união entre eles e um bom convívio, na grande maioria das vezes tranquila, sendo assim a equipe teve muita cautela para não interferir na dinâmica das relações interpessoais deles, somente interagia quando solicitado pelos mesmos. Muitos destes pacientes possuem diploma universitário como: advogada, farmacêutica, físico, etc. Nesse ambiente de diversidade de conhecimento a equipe obteve o conhecimento de que a esquizofrenia não impede o aprendizado e prática dos mesmos.

A casa de apoio tem sido um amparo para os pacientes, entretanto, esta equipe de observação relata que o apoio psicológico para estes pacientes, resultaria em qualidade de vida, já vista que a terapia tem como objetivo fornecer amparo para as questões emocionais e relacionais destes pacientes, eles possuem uma demanda grande de sofrimento emocional relacionado a reconhecer que são portadores de esquizofrenia (doença que não tem cura), e uma rejeição de seus familiares, muitos deles já foram abandonados pelos mesmos, neste tocante, um psicólogo seria de muita valia para estes pacientes da casa de apoio, não se pode deixar de lado a realidade financeira dos pacientes, que na sua grande maioria é baixa, contudo se pode buscar meios filantrópicos de psicólogos que se dispusessem de forma voluntária uma visita periódica para dar a acolhida para estes pacientes. Estes pacientes da casa de apoio são pessoas especiais que necessitam de todas as ferramentas

possíveis para que tenham uma qualidade de vida com menos sofrimento. Esta equipe teve um grande encontro com os pacientes da casa de apoio e com o conhecimento psicológico fornecido durante as visitas.

II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Como podemos pensar na estrutura patológica do sujeito? Em relação a estrutura, Bergeret (1974) nos ensina que os termos ‘neurótico’ ou ‘psicótico’, de maneira geral, designa uma doença, isto é, o estado de descompensação visível à qual chegou uma estrutura em consequência de uma inadaptação de organização profunda e fixa do indivíduo a circunstâncias novas, interiores ou exteriores, tornadas mais potentes que os meios de defesa disponíveis.

Observou-se, inicialmente, um comportamento bem melancólico em grande parte dos acolhidos. Sabe-se que desde Albert Durer, a melancolia simboliza a superioridade do instinto de morte sobre o instinto de vida. Quando o cansaço de viver já não é apenas especulativo, “o negro sol da melancolia” vem gelar o sangue, alterar o humor, abrir os poros, as fibras as “extremidades nervosas” a tudo que o mundo vivo comporta de elementar, de cruel de fatal. A melancolia, contudo, é mais francamente delirante quando os sentimentos de infelicidade irreparável são o produto de fixação.

No transtorno psicótico breve, predominam características, sintomas floridos, como ideias delirantes ou deliróides (em geral paranóides), alucinações visuais e/ou auditivas, muitas vezes com intensa perplexidade, certa confusão mental e turbulência emocional, pode haver ansiedade acentuada e medos difusos.

“Trata-se de delírio, sem dúvida, quando o doente afirma estar completamente arruinados e que seus órgãos estão podres, que seu corpo se transformou, que seu estomago já não existe mais, que já não é necessário que se alimente”. (OUVENNES, 1975, p.108/109).

Neste contexto das chamadas ‘psicoses’, se encontra a Esquizofrenia, que como veremos a seguir, pode ser caracterizada como “distúrbio da mente dividida”. Esse distúrbio, vem sendo investigado há décadas, porém, ainda segue cheio de mistérios, não se sabe, por exemplo, o que acontece no cérebro desses sujeitos. A esquizofrenia, pode ser vivida de maneiras diversas, contando sempre com a singularidade em cada ser.

Já havíamos registrado que a esquizofrenia, ou distúrbio da mente dividida, é marcada por surtos em que o mundo real acaba substituído por delírios e alucinações, seus maiores distúrbios são excitações mentais, sensoriais, implicando desordem nos órgãos dos sentidos. (JOÃO SOUZA, 1954).

Na busca por explicações mais certeiras para a doença, algumas pesquisas chegaram a vasculhar o DNA dos pacientes à procura de mutações genéticas, porém não acharam nada que fosse expressivamente significativo. Alguns estudos específicos, apontam para a ocorrência de algum defeito na produção ou na ação de um neurotransmissor chamado dopamina.

“Existem cinco sintomas característicos da esquizofrenia: delírios, fala desorganizada (desconexão ou incoerência), comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico e sintomas negativos (embotamento afetivo, alolia ou avoliação)” (AARON BECK, 2010).

O que estudos apontam, é que a esquizofrenia se inicia com uma simples apatia no final da adolescência e no começo da vida adulta, na faixa dos 18 aos 30 anos. Aos poucos, o sujeito abandona as atividades rotineiras e se isola. Suas reações ficam estranhas e desajustadas, ele por exemplo, não esboça os sentimentos esperados diante de fatos tristes ou felizes.

De acordo com Rogers:

O esquizofrênico em seus momentos de alucinações não interagem com a realidade, contudo, na maior parte do dia ele está em contato com a realidade. Carl Rogers comenta em sua obra “De Pessoa para Pessoa”, que estes indivíduos psicóticos percebem uma atitude condicional com a significação de que os terapeutas realmente se importam com eles, enquanto uma atitude incondicional pode ser interpretada como um descaso apático (ROGERS, 1973, p. 113).

A falta de informação, tem sido um dos fatores que contribuem para um atraso no diagnóstico. Segundo pesquisas, há uma demora de aproximadamente sete anos entre os primeiros sinais apresentados pelo sujeito, até o diagnóstico propriamente dito, conclusivo do transtorno. Esse diagnóstico é fechado pelo médico psiquiatra, a partir dos sinais e sintomas prescritos pela doença. Não há nenhum tipo de exame de laboratório que permita confirmar o diagnóstico da doença. Geralmente, a esquizofrenia começa a se manifestar na adolescência, tornando-se ainda mais difícil o diagnóstico, pois alguns sintomas são parecidos com sentimentos e situações que podem ser comuns dessa fase da vida.

Conforme relato em primeira pessoa, Rogers:

“Um paciente de um hospital de doenças mentais disse a um terapeuta: ‘você quer que eu entre em seu mundo, mas vivi nele vinte e três anos, e não gostei’. O paciente era uma pessoa muito confusa, mas não acho que neste caso houvesse confusão.”; nós também, temos buscado acessar o mundo subjetivo destes acolhidos. (ROGERS, 1973).

A esquizofrenia é a patologia que mais desperta atenção e interesse no campo da psiquiatria, e também a que mais exaustivamente tem sido estudada, em inúmeros de seus aspectos e sob pontos de vista diversos e diferentes, pelo fato de ser um transtorno cerebral grave, duradouro e debilitante.

No estudo etiológico da esquizofrenia, é desejável o esclarecimento de dois aspectos. De um lado é necessário determinar como uma alteração discreta e de causas variadas no desenvolvimento do sistema nervoso pode converter-se em um conjunto característico de endofenótipos. Por outro lado, além das alterações que predis põem a doença, é necessário apontar os fatores do ambiente do qual o sistema nervoso sofrerá o efeito patogênico, seja o ambiente interno ao corpo, seja o ambiente externo.

De forma clara, os conceitos modernos do manejo da esquizofrenia incluem medidas psicossociais e reabilitativas. Embora a farmacoterapia ainda seja o centro do tratamento, ela deve sempre vir embutida em procedimentos de tratamento integrados, que incluem todos os níveis de intervenção. Incluindo a psicoterapia.

De acordo com sua visão centrada na pessoa, Rogers (1977), destaca algumas condições para o desencadeamento do processo terapêutico: Que duas pessoas estejam em contato, que o cliente esteja em desacordo interno, vulnerável e angustiado, que o terapeuta se encontra em estado de acordo interno e que experimente sentimentos positivos incondicionais e compreensão empática em relação ao cliente. A partir do momento em que houver a confiança do cliente, ele se dispõe a abertura do seu mundo particular próprio, deixando o terapeuta ter acesso ao seu contexto existencial. Acredita-se que só assim será possível desenvolver o vínculo terapêutico amenizando o sofrimento específico desta pessoa.

Porém, de nada vai adiantar estratégias se a sociedade, a qual vivemos, não se despir de preconceitos e iniciar um processo de olhar afetivo, com respeito e acolhimento, para esses indivíduos, após receber o diagnóstico, iniciar o processo medicamentoso e terapêutico, e o distúrbio estiver sob controle, é possível, esse sujeito, ter uma vida praticamente normal. Por isso é fundamental o suporte familiar e social, pois esse espaço permite a aproximação ou o retraimento em relação as sensações de bem-estar ou mal-estar, diante dessa observação, podemos dizer que com suporte, é possível que essa mente dividida, ou volte a ser inteira, ou tenha o mínimo de prejuízos sócio-emocionais possíveis.

III. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Presencia-se um período histórico desafiador, no qual a saúde mental pode ser considerada uma necessidade de primeira ordem. Neste contexto, seja no ambiente privado ou público, com novos contornos e desafios, a Psicologia é chamada a fazer-se presente, acolher e intervir.

Sabe-se que o cenário hodierno frente às novas adaptações acarretadas pela pandemia, trouxe novas formas e possibilidades de atuação nos estágios dos futuros profissionais da Psicologia, possibilitando também novas formas de intervenção assim como novos projetos psicoeducativos.

As discussões teóricas e as reflexões oriundas da práxis estagiária fazem compreender a necessidade de políticas públicas que promovam o bem-estar do sujeito pós-pandêmico. De igual forma, urge implementar, a nível micro e macro, práticas de autocuidado como forma de prevenção e manutenção no que diz respeito à saúde mental.

Com as supervisões quinzenais com o docente responsável, de fundamental importância, encontrou-se o caminho para superar as dificuldades pessoais e grupais, desenvolver novas competências sócio emocionais, como também a efetivação do estágio. Durante as mesmas supervisões, o grupo estabeleceu trocas de experiências em forma de partilha e diálogo, dividindo dúvidas, conflitos e sugestões, o que possibilitou pistas de ações para as intervenções.

Como a Psicologia pode compreender e construir formas de intervenções, como meio de novas estratégias, frente à problemática da saúde mental, dando conta das dimensões pessoais e coletivas diante de tanto sofrimento psíquico? Cabe aqui, destacar a importância da escuta do sujeito que sofre e a percepção do seu mundo como forma de uma empatia afetiva, interativa e amorosa.

Os recursos à afetividade e a criatividade foram de fundamental importância nesta experiência acadêmica existencial. Ambas, como intrínsecas ao ser humano, são também meios para a sobrevivência e manutenção da saúde mental. Tanto as estratégias criativas como o acesso emocional ao mundo esquizofrênico podem ser desenvolvidas para com indivíduos de diferentes idades, profissões, credos e situações socioeconômicas

Em uma das oficinas espontâneas que aconteceram por meio de simples materiais como cartazes e canetas coloridas, os participantes foram sendo conduzidos ao seu mundo interno, desenhando e escrevendo, nomes, frases, pequenos desenhos, colocando para fora pesos e sentimentos, angústias, recordações, emoções positivas e negativas, fortalecendo em alguns a

identidade, em outros a subjetividade e a dor, e em todos, acolhimento, valorização de suas capacidades, autoestima e convivência social.

A experiência na casa mostrou, muitas vezes, que mesmo quando o cognitivo está afetado pelo transtorno mental, o afetivo, quase sempre, pode ser acessado. Há realidades tão profundas no vivenciar

humano que não podem ser tocadas pela pior das enfermidades. Os seres humanos que estão em tais condições não são apenas o código de uma psicopatologia. Como não lembrar um grito de uma delas, que disse: “Eu não sou o CID que me deram. Eu tenho um nome”.

A doença, que para muitos, pode ser considerada um peso, um sofrimento intenso ou até mesmo o fim; pode também reposicionar este mesmo sujeito diante de uma nova perspectiva de vida, com superação, resiliência e até mesmo mais sentido da própria existência. A experiência dos estagiários na Casa de Acolhida, muitas vezes tocou nesta realidade!

Os desafios que seguem ao período pós-pandemia podem ser considerados os mais exigentes deste século; no entanto, nada poderá ser realizado sem saúde, de forma especial, na ausência da saúde mental. A Proximidade, a Escuta, a Partilha e o Cuidado para consigo e o próximo, podem ser, todavia, elementos válidos, comprovados e fundamentais para este novo recomeço.

REFERÊNCIAS

- [1]. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: **DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- [2]. BACK, Aaron. **Terapia Cognitiva da Esquizofrenia**. São Paulo: Artmed, 2010.
- [3]. BERGERET, J. **Psicologia patológica**. São Paulo, Ed. Masson, 1983.
- [4]. DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- [5]. ROGERS Carl R. e Barry Stevens. **De Pessoa para Pessoa**, Livraria Pioneira Editora, SP, 1973.
- [6]. ROGERS, C.R. & KINGET, M. **Psicoterapia e Relações Humanas**. Belo Horizonte: Ed. Interlivros, 1977.
- [7]. SILVA, Regina Cláudia Barbosa da Esquizofrenia: uma revisão. **Psicologia USP [online]**, 2006, v. 17, n. 4 [Acessado 06 Junho 2022], 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>.
- [8]. SOUZA, João. **Psicologia Humana**. São Paulo: Editora Saraiva, 1954.
- [9]. OUVENNES, A. **Delírio e realidade**: ensaio sobre os delírios. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1975.