



# Alucinações Auditivo-Verbais Na Esquizofrenia: Uma Revisão Sobre A Abordagem Cognitivo-Comportamental

## *Cognitive-Behavioral Approach of Auditory Verbal Hallucinations in Schizophrenia: A Review*

Rodrigo Mota Freitas\*, Maria Teresa Valadas\*\*

### RESUMO

**Introdução:** A esquizofrenia é uma doença mental grave cuja apresentação clínica inclui sintomas positivos, sintomas negativos, desorganização do pensamento, alterações afetivas e cognitivas. As alucinações auditivas e, em especial, as auditivo-verbais, são comuns nesta doença e causam grande sofrimento psíquico e limitação funcional. A psicoterapia cognitivo-comportamental dirigida às alucinações auditivo-verbais visa a mudança das crenças desadaptativas desenvolvidas pelos doentes acerca das vozes e substituição das mesmas por crenças mais adequadas, e é uma intervenção eficaz como terapia adjuvante dos psicofármacos no tratamento de alucinações auditivo-verbais na esquizofrenia, com evidência acumulada na literatura nas últimas décadas e corroborada por estudos de revisão recentes.

**Objetivos:** Este trabalho tem como objetivo a realização de uma revisão atualizada da literatura com o objetivo de resumir a conceptua-

lização cognitiva e estratégias da psicoterapia cognitivo-comportamental das alucinações auditivo-verbais na esquizofrenia, eficácia, limitações das mesmas e possíveis desenvolvimentos futuros.

**Métodos:** Realizamos uma revisão não sistemática da literatura da base de dados *PubMed* de artigos publicados entre dia 1 de Dezembro de 1999 e 1 de Dezembro de 2019, utilizando combinações dos termos de pesquisa “*cognitive behavioral therapy*”, “*schizophrenia*” e “*hallucinations*”. Os artigos incluídos foram selecionados a partir de revisão de título e resumo. Adicionalmente, foram consultados livros de texto de referência.

**Resultados e Conclusões:** A psicoterapia cognitivo-comportamental é uma ferramenta terapêutica importante e eficaz na abordagem das alucinações na esquizofrenia e deveria fazer parte dos serviços de saúde mental prestados aos doentes com esquizofrenia. Nos últimos anos, têm sido desenvolvidas novas terapias, e a realidade virtual surgiu como uma

\* Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital do Espírito Santo, Évora; ✉ [rodrigo\\_fmfreitas@hotmail.com](mailto:rodrigo_fmfreitas@hotmail.com)  
 <https://orcid.org/0000-0001-6836-9988>

\*\*Serviço de Psiquiatria, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Beja  
Recebido / Received: 19/02/2020 - Aceite / Accepted: 12/10/2020

ferramenta promissora no tratamento das alucinações. Serão necessários mais estudos para consolidar a evidência acerca da eficácia dos progressos recentes nesta área.

**Palavras-Chave:** esquizofrenia; perturbações psicóticas; alucinações; psicoterapia cognitivo-comportamental

## **ABSTRACT**

**Introduction:** *Schizophrenia is a severe mental illness characterized by positive symptoms, negative symptoms, disorganization, affective disturbance and cognitive impairment. Auditory hallucinations are common in this disorder and lead to marked suffering and functional limitations. Cognitive-behavioral therapy for auditory verbal hallucinations aims to challenge erroneous beliefs the patient may hold about the voices and to replace these beliefs with more adequate ones. It is an effective therapy to complement drug treatment for auditory verbal hallucinations in schizophrenia, supported by a growing body of literature in the last decades, including recent trials and reviews.*

**Objectives:** *In this paper, we aimed to perform a review of literature regarding cognitive conceptualization and particularities of cognitive-behavioral intervention for auditory hallucinations in schizophrenia. We also considered the current limitations, efficacy and future developments of said intervention.*

**Methods:** *We performed a non-systematic review of literature in the PubMed database published between December 1<sup>st</sup> 1999 and*

*December 1<sup>st</sup> 2019, using combinations of the search terms “cognitive behavioral therapy”, “schizophrenia” and “hallucinations”. The included articles were selected by review of title and abstract. Reference textbooks were also reviewed.*

**Results and Conclusions:** *Cognitive-behavioral psychotherapy is useful in the management of auditory hallucinations in schizophrenia and should be part of the standard care offered by mental health services. In recent years, new therapies have been developed with good outcomes, and virtual reality has arisen as a promising tool. Further studies are needed in order to ascertain the efficacy of this recent interventions in the management of auditory hallucinations in schizophrenia.*

**Key-Words:** *schizophrenia; psychotic disorders; hallucinations; cognitive-behavioral therapy*

## **INTRODUÇÃO**

A esquizofrenia é uma perturbação mental que afeta cerca de 0,48% da população e cuja apresentação inclui sintomas positivos (alucinações e delírios), sintomas negativos, desorganização do pensamento (acompanhada de alterações do comportamento), alterações afectivas e cognitivas<sup>1-3</sup>. As pessoas com esquizofrenia manifestam défices subtis nas capacidades cognitivas, sociais e motoras desde a infância. O primeiro episódio psicótico da doença é habitualmente precedido por uma fase prodrômica, período no qual se podem verificar sintomas como ansiedade e isolamento social. O curso da doença é frequentemente flutuante, com a manutenção crónica de sin-

tomas positivos residuais e sintomas negativos e períodos de exacerbação aguda da sintomatologia positiva<sup>1</sup>.

A farmacoterapia com antipsicóticos representa a principal terapêutica da esquizofrenia, sendo eficaz no tratamento dos sintomas positivos. No entanto, a taxa de resposta a antipsicóticos é de 50-70% num primeiro episódio psicótico na esquizofrenia. Estima-se que 20-30% dos doentes com esquizofrenia cumpram critérios para esquizofrenia refratária e cerca de 25-50% dos doentes que aderem à medicação mantêm alucinações<sup>4,7</sup>. Um outro problema é a fraca adesão à medicação, que pode estar presente em até metade dos doentes<sup>7</sup>. Assim, torna-se necessário complementar a intervenção farmacológica com tratamentos adjuvantes.

A psicoterapia cognitivo-comportamental (PCC) para a esquizofrenia utiliza princípios e estratégias de intervenção anteriormente desenvolvidas por Beck na abordagem da ansiedade e depressão, ajustadas e adaptadas para o tratamento de sintomas específicos da esquizofrenia, num paradigma de diátese-stress e biopsicossocial<sup>8</sup>. A PCC para a psicose é uma intervenção eficaz, existindo um acumular de evidência nas últimas décadas que sustenta o seu uso na esquizofrenia<sup>7-10</sup> e, em particular, nas alucinações auditivas<sup>11,12</sup>. Estas são as alucinações mais comuns na esquizofrenia, podendo afetar até 83% dos doentes, e a maior parte das estratégias de PCC desenvolvidas para a abordagem de alucinações focam-se nas alucinações auditivo-verbais (AAV), a perceção de ouvir terceiros a falar na ausência de um estímulo apropriado<sup>7,10</sup>.

Algumas das vantagens da PCC para AAV descritas na literatura incluem a maior resistência a cumprir ordens das vozes de comando e a redução do diferencial de poder entre o doente e as vozes<sup>11,12</sup>.

## OBJETIVOS

Este trabalho teve como objetivo a realização de uma revisão atualizada da literatura com o objetivo de resumir a conceptualização cognitiva e estratégias da PCC das alucinações auditivo-verbais na esquizofrenia, eficácia, limitações das mesmas e possíveis desenvolvimentos futuros.

## MATERIAL E MÉTODOS

Realizámos uma revisão não sistemática da literatura da base de dados *PubMed* de artigos publicados entre 1 de Dezembro de 1999 e 1 de Dezembro de 2019, utilizando combinações dos termos de pesquisa “*cognitive behavioral therapy*”, “*schizophrenia*” e “*hallucinations*”. Os artigos incluídos foram selecionados a partir de revisão de título e resumo. Adicionalmente, foram consultados livros de texto de referência.

## RESULTADOS

### Modelo Cognitivo das Alucinações

O modelo cognitivo proposto por Beck e Rector integra conceitos de predisposição biológica, vulnerabilidade ao stress e a existência de crenças negativas quanto ao *self* e ao mundo para tentar explicar o fenómeno das alucinações auditivas<sup>2</sup>. Este modelo compreende fatores relacionados com os precursores das alucinações, a fixação inicial das AAV e a sua manutenção.

### Precursores das Alucinações

Os indivíduos mais predispostos a experienciar alucinações têm uma maior propensão para a formação de imagens mentais auditivas e visuais involuntárias<sup>13</sup>. Respondem mais frequentemente com alucinações face a estímulos auditivos ambíguos, centrando-se excessivamente nos ruídos que podem interpretar erradamente como vozes, e assumem uma atitude hipervigil expectante quando aguardam a ocorrência de vozes, aumentando a intensidade das imagens mentais<sup>13</sup>. Adicionalmente, exibem um menor limiar para a “perceptualização”, ou seja, tendem a perceber pensamentos e outros eventos mentais como fenómenos externos auditivos ou visuais mais facilmente do que a restante população<sup>9,13</sup>. Esta “perceptualização” ocorre quando as representações internas sobrecarregam o sistema de processamento cognitivo e criam uma representação falsa no mundo externo (alucinação)<sup>14</sup>. O limiar da “perceptualização” é dinâmico em cada pessoa, sendo diminuído por fatores como a fadiga, stress, respostas emocionais e redução dos estímulos externos<sup>8,14</sup>. Um estudo recente reforçou a hipótese de que as alucinações auditivas são facilitadas por estados emocionais negativos e pela diminuição dos recursos cognitivos disponíveis para a inibição das falsas percepções geradas<sup>15</sup>. Um aspeto fundamental deste modelo é o papel dos processos cognitivos na génese das alucinações. Os esquemas cognitivos dizem respeito à relação do indivíduo consigo mesmo e com o mundo externo e, quando ativados, conferem significado às experiências. Na presença de psicopatologia, certos esquemas podem tornar-se hiperativos, subjungando o pro-

cessamento central de informações e gerando cognições congruentes com o seu conteúdo, independentemente da realidade exterior. As crenças acerca do próprio e do mundo, memórias, medos, preocupações, reflexões, avaliações e comandos são contidas nos esquemas e cognições que influenciam o conteúdo das alucinações auditivas. Estas formar-se-ão a partir de cognições particularmente salientes na presença de um baixo limiar de “perceptualização”, levando a que o doente vivencie os seus pensamentos como um comentário audível em que o indivíduo é o objeto e não o agente<sup>8,9,14</sup>.

### Fixação Inicial

As alucinações auditivo-verbais não são patognomónicas da esquizofrenia, podendo estar presentes noutras patologias psiquiátricas, como a perturbação afetiva bipolar, perturbação da personalidade estado-limite e perturbação de stress pós-traumático, e podem manifestar-se em processos normativos como o luto. Para além do mais, 10-15% dos indivíduos saudáveis experienciam AAV<sup>10,14</sup>. Tendo isto em conta, apesar da prevalência relativamente alta de pessoas com AAV na população geral, a prevalência de esquizofrenia será bastante mais reduzida, rondando 0,40 a 0,48 % ao longo da vida<sup>3,16</sup>.

O fator crucial que medeia o início da doença parece ser a atribuição das vozes a um agente externo, contribuindo para a formação inicial de um delírio persecutório. Deste modo, os doentes com esquizofrenia apresentam habitualmente erros de processamento de informação como o viés externalizante, atribuindo uma fonte externa às experiências mentais

desagradáveis ou perturbadoras. Este estilo de atribuição, por sua vez, leva a um processamento de informações tendencioso nos doentes com esquizofrenia após o surgimento de delírios, reforçando a crença inicial de que as vozes são provocadas por um agente externo. O viés externalizante, aliado a défices na monitorização das fontes de estímulos, contribui ainda para o desenvolvimento de outros sintomas psicóticos como a inserção, roubo e controlo do pensamento e fenómenos de passividade<sup>8,10,14</sup>.

Na esquizofrenia, para além da atribuição de significados errados às experiências, os doentes apresentam défices no teste da realidade e tendem a usar métodos simplistas de processamento de informação como meio de poupança de recursos cognitivos, promovendo o aparecimento de conclusões erradas. Estes doentes manifestam hipoatividade de outras funções de monitorização da realidade, como a capacidade de considerar explicações alternativas, de aguardar a obtenção de informação suficiente antes de chegar a uma conclusão, de desviar a atenção das alucinações e delírios, e de tomar consciência dos seus vieses de raciocínio. Devido a estes défices, os doentes com esquizofrenia não testam a realidade das crenças acerca das AAV, mantendo as suas convicções de uma fonte externa e não considerando explicações alternativas. Caso o doente procurasse uma outra explicação, poderia concluir que as AAV tinham um significado patológico e que sofria de uma doença mental. A intolerabilidade do estigma associado à doença mental à luz das crenças do doente poderá ser outro fator a prejudicar o teste da realidade<sup>14</sup>.

Os doentes com esquizofrenia manifestam outros erros de raciocínio que potenciam a fixação inicial das AAV. Uma vez que têm uma propensão para tirar conclusões precipitadas (*jumping to conclusions*), aceitam facilmente as AAV como fenómenos externos, evitando a tarefa mais difícil de reconsiderar as suas experiências e questionar a sua adequação à realidade. Posteriormente, acumulam evidências para reforçar as suas explicações quanto à natureza das vozes, através de raciocínio circular (considerar as AAV como prova da realidade das próprias AAV) e consequencial (o valor verdadeiro de uma inferência emana das consequências de uma vivência), cimentando as crenças anteriormente formadas<sup>2,14</sup>.

### Manutenção

Os doentes com esquizofrenia com AAV apresentam um conjunto de crenças acerca da origem das vozes, do suposto agente e da natureza da relação que estabelecem com as mesmas. Assim, a ativação das AAV leva à formação de crenças que por sua vez amplificam a importância das vozes. O conteúdo destas crenças (habitualmente delirante) e o conteúdo das vozes influenciam a resposta emocional e comportamental face às vozes<sup>2,14,17</sup>.

A experiência de AAV frequentes e perturbadoras, o conteúdo crítico, negativo e ameaçador das vozes e as crenças relacionadas com a impotência do doente para enfrentar um agente mais poderoso desencadeiam respostas emocionais de tristeza, ira e ansiedade, e conduzem ao surgimento de crenças relacionadas com a falta de controlo da própria vida e com o receio de desenvolver uma doença mental. Este último receio leva a uma preocupação

adicional relativa às implicações da necessidade de tratamento farmacológico e respetivos efeitos secundários, ao afastamento da família num possível internamento e ao estigma associado à doença mental<sup>2,14,17</sup>.

Os doentes tendem a obedecer a vozes de comando que acreditam ser mais benévolas e resistem mais intensamente a ordens de prejudicar terceiros do que a prejudicar o próprio. No caso de vozes tidas como malévolas, será o diferencial de poder (voz dominante e que o doente crê ser poderosa, com capacidade de cumprir ameaças) que facilita a obediência a vozes de comando. As vozes tidas como mais dominantes levam também a um maior grau de sofrimento<sup>2,14,17</sup>.

Os doentes formam uma relação interpessoal com as vozes, que pode ser positiva, negativa ou ambivalente. Podem interagir com elas e usar métodos para as ativar quando as consideram desejáveis e benévolas. Em contrapartida, quando as vozes são encaradas como desagradáveis e perturbadoras ou quando os doentes pretendem aplacar o suposto agente das mesmas, adotam comportamentos que visam diminuir a ativação das vozes ou reduzir o sofrimento psíquico a elas associado. Estes comportamentos de segurança procuram evitar a antecipação do perigo e ansiedade levando, por exemplo, a que os doentes se afastem de locais públicos e se ocupem com tarefas domésticas para se manterem distraídos. Cerca de dois terços dos pacientes que assumem estas estratégias não têm sucesso na tentativa de escapar ou ignorar as vozes. Paradoxalmente, dado que a adoção de comportamentos de segurança e o evitamento restringem o funcionamento do doente e levam ao isolamento

social, a atividade das vozes aumenta ainda mais. Outras estratégias para tentar parar as vozes e minimizar os seus efeitos negativos incluem a tentativa de abstração das vozes, a realização de comportamentos congruentes com as crenças delirantes derivadas das vozes que poderiam minorá-las, e a adoção de uma postura hipervigil, focando a atenção nas vozes para tentar descobrir os seus propósitos ou ouvindo as vozes benévolas em detrimento das malévolas. Estes estilos de confrontação impedem a desconfirmação das consequências das vozes e, paralelamente, as estratégias de segurança privam o doente de experienciar evidência contrária às suas crenças a propósito da fonte, poder e natureza das vozes, comprometendo o teste da realidade. Assim, apesar de proporcionarem alívio temporário, a longo prazo os comportamentos de segurança mantêm as alucinações e crenças relacionadas com as mesmas<sup>14</sup>.

Em suma, as crenças disfuncionais e estímulos externos adversos contribuem para a hipervigilância de esquemas e “perceptualização” de cognições e, por sua vez, crenças desadaptativas acerca da externalidade, onipotência e onisciência das vozes, a par dos comportamentos de segurança adotados e estratégias de confrontação deficitárias, levam à confirmação da veracidade das vozes por parte do doente. A expectativa em relação às vozes, a hipervigilância mesmo na ausência das mesmas, a resposta emocional às AAV, bem como a relação e interações estabelecidas entre estas e os pacientes, aumentam ainda mais a saliência da experiência alucinatória. O conjunto destes processos assegura a manutenção das vozes<sup>2,8,9,14</sup>.

## Intervenção Psicoterapêutica Cognitivo-Comportamental

A PCC para as alucinações é uma terapia de curta duração e baseia-se numa relação de cooperação, para a qual o estabelecimento de relação terapêutica é essencial. O modelo para abordar as alucinações foi desenvolvido para as AAV, podendo ser adaptado à intervenção noutro tipo de alucinações<sup>9,14</sup>.

Na PCC, as AAV são vistas como um agente ativador, que é avaliado pelo indivíduo no contexto do seu sistema de crenças e que desencadeia uma resposta emocional e comportamentos de segurança. As técnicas de PCC envolvem o enfraquecimento das crenças nucleares desadaptativas e fortalecimento de crenças mais adaptativas<sup>7</sup>.

O principal objetivo da terapia é reduzir o sofrimento provocado pelas vozes e aumentar a qualidade de vida do doente. Este objetivo é atingido através da redução do stress associado ao conteúdo das vozes, às crenças (delirantes e não delirantes) relacionadas com as vozes e às crenças de auto-avaliação subjacentes às vozes<sup>14</sup>.

### Avaliação e Formulação de Caso

Antes da implementação de estratégias cognitivas, é necessário conhecer as várias características das vozes, como a sua duração, intensidade, frequência, variabilidade e quais os seus *triggers* internos e externos. Instrumentos como a *Psychotic Symptom Rating Scale* (PSYRATS) e a *Topography of Voices Rating Scale* são úteis quer na avaliação inicial quer no acompanhamento da evolução do doente. A PSYRATS contem questões relacionadas com as propriedades físicas, grau de perturbação

e crenças acerca das vozes, enquanto que a segunda escala mede a frequência, clareza, volume, tão bem como o grau de sofrimento e distractibilidade provocado pelas vozes nos dias anteriores. O *Beliefs about Voices Questionnaire* é um instrumento útil para aferir as crenças acerca das vozes e monitorizar o efeito da intervenção nas crenças erradas ao longo do tratamento. Para além da aplicação de escalas, o terapeuta realiza questões para obter mais dados acerca das características das vozes e acerca das crenças do doente<sup>14</sup>.

Durante a avaliação, o terapeuta obtém o relato literal do conteúdo das vozes e deve incentivar o doente a monitorizar o conteúdo das vozes entre sessões, através do preenchimento de folhas de registo. Estas devem ser simples e conter informação acerca da atividade que o doente estava a realizar, do conteúdo das vozes, do volume das vozes, do grau de sofrimento, da resposta emocional e de qual o comportamento adotado para lidar com a voz. Estes registos auxiliam a identificação de *triggers* internos e externos específicos relacionados com a duração e atividade das vozes. Estes dados precedem e influenciam as estratégias terapêuticas a implementar. Adicionalmente, o terapeuta avalia as reações emocionais e comportamentais desencadeadas pelas vozes e a relação mantida entre o doente e as AAV. O terapeuta deve, ainda, averiguar os acontecimentos que ocorreram pouco antes do início das vozes e avaliar de que forma o seu conteúdo específico e as crenças do doente refletem os seus medos, preocupações, fantasias e interesses pré-mórbidos. Para um melhor entendimento dos *triggers* idiossincráticos dos doentes, é necessário observar a evolução do

padrão de atividade das AAV ao longo do tempo. É também importante observar a mudança de crenças relativas às vozes ao longo do tempo<sup>14</sup>.

### Intervenção

Os doentes apresentam diferentes necessidades no que diz respeito à obtenção de uma explicação para as vozes, e o terapeuta deve adequar-se às características dos doentes. Uma etapa inicial e fundamental do tratamento é a psicoeducação. Esta inclui a familiarização dos doentes com o modelo da diátese-*stress* da psicose e da atividade alucinatoria em específico. As explicações para aumentar a compreensão do papel da vulnerabilidade envolvem variáveis biológicas, psicológicas e sociais válidas para o paciente em termos de compreensão e experiência. O papel dos eventos traumáticos, acontecimentos pessoais adversos, perdas e desafios de vida são *triggers* relevantes que devem ser discutidos em relação ao início das vozes. A abordagem normalizante inicia também um acumular de evidência que permite construir explicações alternativas para as vozes, um componente fulcral para o sucesso do tratamento. Nesta fase de psicoeducação, podem ser referidos *triggers* típicos, para auxiliar os doentes a reconhecer os seus próprios *triggers* numa fase posterior do tratamento. O terapeuta pode explicar, ainda, o papel das expectativas e do viés externalizante, reduzindo o estigma associado às vozes e apresentando o modelo cognitivo<sup>14</sup>.

Durante a familiarização com o modelo cognitivo, o doente aprende a identificar distorções cognitivas, a considerar evidências alternativas para atingir conclusões mais adequadas

e a pensar nas vantagens e desvantagens de manter certas crenças. Esta é uma abordagem colaborativa e não confrontativa, que pretende incentivar o doente a questionar-se e a desenvolver capacidades para identificar o papel das avaliações das suas experiências antes de partir para interpretações mais ameaçadoras ou delirantes<sup>14</sup>.

A implementação de estratégias comportamentais pode basear-se no repertório de estratégias já usadas pelo doente (uso de auriculares ligados a aparelhos de música, por exemplo) que são aprimoradas pelo terapeuta, que sugere igualmente outras estratégias reconhecidas como eficazes a que o paciente poderá recorrer. Qualquer atividade que distraia o doente das vozes, como conversar, ler ou praticar desporto pode ser eficaz. Como os estados emocionais negativos são potenciais *triggers* para as AAV, a promoção de comportamentos que diminuam esses estados também reduzem a atividade das vozes. Outra estratégia comportamental passa pela alocação de um determinado período do dia em que o doente pode gerar intencionalmente e focar a sua atenção nas vozes, nas suas características sonoras, localização e conteúdo, mas não pode prestar atenção às AAV durante o resto do dia. Isto leva o doente a aperceber-se de que tem algum controlo sobre as vozes<sup>14</sup>.

Como anteriormente referido, os quatro domínios principais a ser abordados na PCC das alucinações são o conteúdo das vozes, as crenças não delirantes acerca das vozes, as crenças delirantes sobre as vozes e as crenças auto-avaliativas subjacentes associadas às vozes.

Quanto ao conteúdo das vozes, a abordagem passa por questionar a precisão deste, testá-

-lo e corrigir as crenças relativas ao mesmo através de diálogo sócrático. Uma vez que o conteúdo das vozes é assumido como evidência das crenças acerca das próprias vozes, pôr em causa a veracidade do conteúdo das vozes irá ter impacto nas crenças acerca das mesmas. Para atingir estes objetivos, é necessário utilizar um registo de pensamento modificado no qual o doente escreve o conteúdo literal das vozes, analisa a evidência a favor e contra a veracidade do que a voz afirmou e regista pensamentos alternativos e o seu estado de humor<sup>14</sup>.

Os doentes têm crenças não delirantes acerca das vozes que devem ser exploradas em conjunto com o terapeuta. Isto pode ser alcançado através de perguntas específicas acerca da identidade, propósito, perigo e consequências das vozes. Uma crença não delirante comum acerca das AAV prende-se com o facto de poderem ser sinónimo de doença mental e com todas as consequências dessa potencial doença<sup>14</sup>. A maioria dos doentes com esquizofrenia e com AAV desenvolve delírios acerca destas. O sofrimento provocado pelas vozes relaciona-se intimamente com as crenças delirantes acerca do agente, o seu poder e grau de controlo sobre o doente. Assim, gerar explicações alternativas para a origem das vozes leva a reduções significativas no grau de desconforto. No entanto, quando a origem das vozes é tida como benévola e condiciona uma sensação de bem-estar ao doente, estas crenças poderão não ser contestadas. Alternativamente, questiona-se o doente sobre como se sentiria na ausência das vozes para expor os sentimentos subjacentes de solidão ou impotência. Depois de tentar compreender as explicações do doente para as suas

vozes, o terapeuta deve perguntar diretamente se o doente já considerou explicações alternativas. Em seguida, através de diálogo sócrático, o terapeuta deve suscitar dúvida e perplexidade acerca do suposto agente para ajudar o paciente a concluir que a sua crença, apesar de compreensível, é incorreta, e que existem explicações alternativas mais válidas<sup>14</sup>.

É também importante que o terapeuta identifique as crenças nucleares que influenciam o conteúdo das vozes, tal como outras crenças delirantes e não delirantes. A intensidade da crença no poder e controlo das vozes poderá estar correlacionado com o facto do doente se considerar vulnerável e impotente. Podem ser empregues estratégias cognitivas (como registos de crenças nucleares) para identificar e testar as crenças existentes e criar crenças nucleares alternativas a ser reforçadas por experiências comportamentais<sup>14</sup>.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Ao longo das últimas décadas, ocorreu um acumular de evidência na literatura que permite afirmar a eficácia do uso combinado de farmacoterapia e PCC no tratamento de AAV na esquizofrenia, e que recomenda a sua integração na prática clínica de rotina. Para além da eficácia, a PCC revela uma alta tolerabilidade e é útil em doentes com pouca adesão ao tratamento farmacológico<sup>11</sup>.

Num estudo publicado em 2011, Thomas, Rossel e colaboradores registaram uma melhoria na gravidade das AAV após PCC direcionada especificamente para as alucinações. Essa melhoria foi independente dos ajustes psicofarmacológicos e foi observada numa amostra de doentes com sintomatologia de longa duração

e refratária ao tratamento. Os resultados sugeriam que a PCC pode ser eficaz no tratamento de AAV mesmo em doentes sem crítica para a sua doença, com grande convicção delirante ou desorganização cognitiva, ao contrário da PCC dirigida aos delírios. Deste modo, a ausência de crítica não deverá ser considerada como um fator de exclusão para a intervenção cognitivo-comportamental neste tipo de sintomas<sup>18</sup>.

Dados de ensaios clínicos randomizados sustentam que o recurso ao tratamento combinado com psicofármacos e PCC é superior à farmacoterapia isolada no tratamento de AAV na esquizofrenia<sup>19</sup>, e uma revisão publicada em 2016 por Pontillo e colaboradores reforçava esse achado<sup>11</sup>. Nessa mesma revisão, os autores concluíam que o modelo terapêutico focado na natureza da relação entre o doente e as vozes tinha melhores resultados face ao modelo focado na aceitação das vozes e promoção da capacidade de ouvir as vozes e experienciar os pensamentos associados sem acreditar nestes ou agir em conformidade com os mesmos. Neste trabalho, era referido, ainda, que os sintomas negativos da esquizofrenia pareciam ser o preditor mais forte de uma má resposta terapêutica, potencialmente porque interferem com o desenvolvimento da relação terapêutica e com a realização de tarefas fora das sessões. Isto poderá levar a modificações no modelo terapêutico em doentes com sintomas negativos relevantes, com a adoção de mais estratégias comportamentais<sup>11</sup>.

Birchwood, através do estudo COMMAND voltou a concluir, em 2018, que a PCC focada na relação entre o doente e as vozes leva a uma diminuição marcada e significativa da obe-

diência às vozes e das crenças acerca do seu poder, em particular da crença de diferença de poder entre as vozes e o paciente<sup>17</sup>.

A PCC para as alucinações na esquizofrenia tem visto o surgimento de vários paradigmas terapêuticos novos que, apesar de divergirem nas estratégias utilizadas, se focam na relação interpessoal estabelecida entre o doente e as vozes, bem como no sofrimento que dela advém. Contudo, cada terapia enfatiza alvos terapêuticos diferentes: a *Cognitive Behavior Therapy for Command Hallucinations* (CTCH, utilizada no estudo de Birchwood anteriormente referido) centra-se na mudança das crenças acerca da onipotência das vozes, na redução da obediência e dos comportamentos de segurança; a *Relating Therapy* procura o enriquecimento e alargamento da rede social; a Terapia com Avatar e a *Competitive Memory Training* (COMET) procuram reduzir o impacto negativo do conteúdo das vozes. De salientar que a Terapia com Avatar foi a única a demonstrar uma redução significativa na severidade e frequência das AAV<sup>12</sup>.

O recurso a realidade virtual já foi usado para demonstrar que a redução de comportamentos de segurança leva a diminuições na convicção delirante e desconforto, e tais estratégias também poderão ser usadas para o estudo dos comportamentos de segurança relativos a vozes<sup>12</sup>.

Um dos potenciais caminhos futuros poderá passar pela combinação de várias intervenções individuais que se revelaram eficazes. Apesar desta estratégia se assemelhar ao modelo inicial da PCC, adaptando a terapia de modo flexível à apresentação de doentes heterogêneos, tem o benefício de cada componente do novo

modelo já ter a sua eficácia comprovada empiricamente, contrariamente ao modelo inicial<sup>12</sup>.

A PCC é uma ferramenta terapêutica importante e eficaz na abordagem das alucinações na esquizofrenia e deveria fazer parte dos serviços de saúde mental prestados aos doentes com esquizofrenia. A literatura recente tem-se focado essencialmente na eficácia de intervenções para sintomas específicos, produzindo estudos clínicos, revisões sistemáticas e meta-análises que avaliam a eficácia da PCC, testam hipóteses do modelo cognitivo previamente proposto e procuram determinantes e preditores de resposta para a PCC nas AAV. Assim, existe uma escassez de artigos que avancem novos paradigmas que tentem contrariar o modelo cognitivo vigente, e o grosso da literatura recente foca-se na eficácia de várias terapias descendentes desse modelo. A maior divergência registada passa pelos diferentes alvos terapêuticos e estratégias usadas por terapias recentes como a CTCH, COMET, *Relating Therapy* e Terapia com Avatar, e na controvérsia em torno do uso de terapias focadas apenas num domínio de um sintoma ou mais globais. A par do desenvolvimento destas terapias, a realidade virtual surge como uma ferramenta promissora no tratamento das AAV.

Serão necessários mais estudos para consolidar a evidência acerca da eficácia dos desenvolvimentos recentes nesta área.

#### **Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests:***

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo. / *The authors have declared no competing interests exist.*

#### **Fontes de Financiamento / *Funding:***

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo. / *The authors have declared no external funding was received for this study.*

#### **BIBLIOGRAFIA/REFERENCES**

1. Howes OD, Murray RM. Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model. *Lancet*. 2014;383(9929):1677-87.
2. Batinic B. Cognitive Models of Positive and Negative Symptoms of Schizophrenia and Implications for Treatment. *Psychiatr Danub*. 2019;31(Suppl 2):181-4.
3. Simeone JC, Ward AJ, Rotella P, Collins J, Windisch R. An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990 horizontal line 2013: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*. 2015;15:193.
4. Lally J, Ajnakina O, Di Forti M, Trotta A, Demjaha A, Kolliakou A, et al. Two distinct patterns of treatment resistance: clinical predictors of treatment resistance in first-episode schizophrenia spectrum psychoses. *Psychol Med*. 2016;46(15):3231-40.
5. Wimberley T, Stovring H, Sorensen HJ, Horsdal HT, MacCabe JH, Gasse C. Predictors of treatment resistance in patients with schizophrenia: a population-based cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(4):358-66.
6. Demjaha A, Lappin JM, Stahl D, Patel MX, MacCabe JH, Howes OD, et al. Antipsychotic treatment resistance in first-episode psychosis: prevalence, subtypes and predictors. *Psychol Med*. 2017;47(11):1981-9.
7. Aleman A, Laroí F. Insights into hallucinations in schizophrenia: novel treatment approaches. *Expert Rev Neurother*. 2011;11(7):1007-15.

8. Rector NA, Beck AT. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *J Nerv Ment Dis.* 2012;200(10):832-9.
9. Freedman S, Hasson-Ohayon I, Roe D. Cognitive behavioral treatment for persons with psychosis: a new direction in psychological intervention. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2009;46(4):298-303.
10. Zhuo C, Jiang D, Liu C, Lin X, Li J, Chen G, et al. Understanding auditory verbal hallucinations in healthy individuals and individuals with psychiatric disorders. *Psychiatry Res.* 2019;274:213-9.
11. Pontillo M, De Crescenzo F, Vicari S, Pucciarini ML, Aversa R, Santonastaso O, et al. Cognitive behavioural therapy for auditory hallucinations in schizophrenia: A review. *World J Psychiatry.* 2016;6(3):372-80.
12. Lincoln TM, Peters E. A systematic review and discussion of symptom specific cognitive behavioural approaches to delusions and hallucinations. *Schizophr Res.* 2019;203:66-79.
13. Beck AT, Rector NA. Cognitive approaches to schizophrenia: theory and therapy. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005;1:577-606.
14. Beck AT, Rector NA, Stolar N, Grant P. *Schizophrenia: cognitive theory, research, and therapy: The Guilford Press; 2009.*
15. Laloyaux J, De Keyser F, Pinchard A, Della Libera C, Laroï F. Testing a model of auditory hallucinations: the role of negative emotions and cognitive resources. *Cogn Neuropsychiatry.* 2019;24(4):256-74.
16. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med.* 2005;2(5):e141.
17. Birchwood M, Dunn G, Meaden A, Tarrrier N, Lewis S, Wykes T, et al. The COMMAND trial of cognitive therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations: predictors of outcome and mediators of change. *Psychol Med.* 2018;48(12):1966-74.
18. Thomas N, Rossell S, Farhall J, Shawyer F, Castle D. Cognitive behavioural therapy for auditory hallucinations: effectiveness and predictors of outcome in a specialist clinic. *Behav Cogn Psychother.* 2011;39(2):129-38.
19. Thomas N, Hayward M, Peters E, van der Gaag M, Bentall RP, Jenner J, et al. Psychological therapies for auditory hallucinations (voices): current status and key directions for future research. *Schizophr Bull.* 2014;40 Suppl 4:S202-12.