



FACSETTE
Health Sciences

REVISÃO DE LITERATURA

Esquizofrenia: perspectivas da Psicologia Analítica e da Terapia Cognitivo-Comportamental

Schizophrenia: Perspectives from Analytical Psychology and Cognitive-Behavioral Therapy

Camilla E. B. Sousa¹, Leandro M. Souza¹, Luana C. S. Almeida^{1*}, Carla C. Amorim¹.

¹ Faculdade Sete Lagoas, Rua Itália Pontelo, 50, Sete Lagoas, 35700-170, MG, Brasil.

*Correspondência

Luana C. S. Almeida
Faculdade Sete Lagoas
Rua Itália Pontelo, 50, Sete Lagoas,
35700-170, MG, Brasil.
+55 (31) 9 8297-7484
prof.luanacsoares@gmail.com

Financiamento

Não há

Resumo

A esquizofrenia é um transtorno caracterizado por alterações no pensamento, na percepção, das emoções e no comportamento, envolvendo sintomas positivos, negativos e prejuízos cognitivos. Tradicionalmente compreendida a partir de modelos biomédicos, a esquizofrenia tem sido progressivamente analisada também sob perspectivas psicológicas que valorizam a experiência subjetiva do indivíduo. O presente estudo tem como objetivo integrar as contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e da Psicologia Analítica para a compreensão e o manejo da esquizofrenia, especialmente no que se refere aos delírios e às alucinações. Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa, fundamentada em literatura clássica e contemporânea. A TCC é apresentada como uma abordagem estruturada e baseada em evidências, que enfatiza a conceitualização cognitiva dos sintomas psicóticos, a avaliação dos significados atribuídos às experiências e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento adaptativas. A Psicologia Analítica, por sua vez, contribui com a compreensão simbólica dos conteúdos psicóticos, considerando os delírios e alucinações como expressões do inconsciente e manifestações arquetípicas, possibilitando uma leitura mais objetiva do sofrimento psíquico. Os resultados indicam que a articulação entre essas abordagens permite uma compreensão mais abrangente da esquizofrenia, ao integrar técnicas de intervenção clínica com a valorização do mundo interno e simbólico do paciente, favorecendo o cuidado psicológico de forma complementar ao tratamento farmacológico.

Palavras-chave: Esquizofrenia; Terapia Cognitivo-Comportamental; Psicologia Analítica; Delírios; Alucinações.

Abstract

Schizophrenia is a disorder characterized by alterations in thought, perception, emotions, and behavior, involving positive and negative symptoms and cognitive impairments. Traditionally understood from biomedical models, schizophrenia has been progressively analyzed from psychological perspectives that value the individual's subjective experience. This study aims to integrate the contributions of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) and Analytical Psychology to the understanding and management of schizophrenia, especially regarding delusions and

hallucinations. This is a narrative literature review, based on classic and contemporary literature. CBT is presented as a structured and evidence-based approach that emphasizes the cognitive conceptualization of psychotic symptoms, the evaluation of the meanings attributed to experiences, and the development of adaptive coping strategies. Analytical Psychology, in turn, contributes to the symbolic understanding of psychotic content, considering delusions and hallucinations as expressions of the unconscious and archetypal manifestations, enabling a more objective reading of psychic suffering. The results indicate that the articulation between these approaches allows for a more comprehensive understanding of schizophrenia, by integrating clinical intervention techniques with the appreciation of the patient's internal and symbolic world, favoring psychological care in a way that complements pharmacological treatment.

Key words: Schizophrenia; Cognitive-Behavioral Therapy; Analytical Psychology; Delusions; Hallucinations.

1 INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é compreendida a partir de um paradigma biomédico, que enfatiza fatores neuroquímicos, genéticos e estruturais do cérebro (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023). É caracterizada por sintomas positivos e negativos. Os sintomas positivos são compreendidos como aqueles que “somam”, sintomas que não estariam presentes em condições saudáveis, como alucinações, delírios e comportamento motor anormal. Já os sintomas negativos são entendidos pela diminuição das funções psíquicas como falta de prazer nas atividades diárias e isolamento social (DALGALARRONDO, 2019).

Embora o modelo biomédico seja fundamental para a estabilização clínica por meio do tratamento farmacológico, mostra-se insuficiente para a compreensão da experiência subjetiva do sofrimento psíquico grave (BECK, 2010). Nesse sentido, diferentes abordagens psicológicas têm buscado ampliar a compreensão da esquizofrenia, destacando aspectos simbólicos, cognitivos e relacionais implicados na vivência psicótica (BECK, 2010; XU; ZHANG, 2023; JUNG, 2011).

Diante disso, torna-se fundamental considerar o papel das cognições na compreensão da esquizofrenia. As interpretações que o indivíduo produz acerca de suas vivências influenciam diretamente na forma como os sintomas são vivenciados, mantidos e enfrentados. As cognições podem tanto contribuir para a intensificação do sofrimento quanto favorecer estratégias de enfrentamento diante das experiências psicóticas (BECK, 2010; CIOFI FILHO et al., 2024). A partir dessa perspectiva, abordagens psicológicas que se debruçam sobre os processos cognitivos e o significado subjetivo das experiências psicóticas tornam-se especialmente relevantes.

Dentre essas abordagens, pode-se destacar a Psicologia Analítica e a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). A Psicologia Analítica, fundamentada na obra de Carl Gustav Jung, compreende a esquizofrenia como uma perturbação profunda da relação entre ego e inconsciente, marcada pela fragmentação psíquica, pela autonomia dos complexos e pela irrupção simbólica de conteúdos inconscientes (JUNG, 2011; JUNG, 2013). O psiquismo é um sistema vivo, dinâmico, atemporal; como um todo, está em busca de equilíbrio. O consciente e inconsciente, agem como pólos, de forma compensatória. Os símbolos seriam o resultado desse processo, constituindo um terceiro elemento que emerge do encontro dialético entre consciente e inconsciente (JUNG, 2012). Já a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), especialmente a partir dos modelos propostos por Aaron Beck, entende a esquizofrenia como um transtorno no qual crenças disfuncionais, pensamentos automáticos e distorções cognitivas exercem papel central na formação e manutenção dos sintomas positivos, como delírios e alucinações (BECK, 2010; XU; ZHANG, 2023).

Apesar de partirem de pressupostos teóricos distintos, ambas as abordagens compartilham o interesse pela compreensão do sofrimento subjetivo e pela ampliação das possibilidades de cuidado em saúde mental, especialmente quando integradas ao tratamento farmacológico. Assim, estudos indicam que intervenções psicoterápicas associadas ao uso de medicação apresentam melhores resultados clínicos do que o tratamento exclusivamente farmacológico, sobretudo no manejo dos sintomas positivos de esquizofrenia (SOMMER et al., 2012; XU; ZHANG, 2023). Ademais, compreender a esquizofrenia a partir de diferentes abordagens, como a Psicologia Analítica e a Terapia Cognitivo-Comportamental, permite um olhar mais abrangente sobre o transtorno. Enquanto a psicologia analítica contempla o significado simbólico das manifestações psicóticas, a TCC concentra-se nos

processos cognitivos envolvidos em sua manutenção. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo discutir a esquizofrenia a partir das contribuições teórico-clínicas da Psicologia Analítica e da Terapia Cognitivo-Comportamental, destacando seus fundamentos conceituais, possibilidades de intervenção e desafios contemporâneos no campo da saúde mental. Justifica-se a relevância deste estudo pela necessidade de ampliar a compreensão da esquizofrenia, considerando diferentes perspectivas de conceitualização e tratamento para melhor atendimento e qualidade de vida dos sujeitos acometidos.

2 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão bibliográfica de caráter narrativo, de natureza qualitativa, configurando-se como ensaio teórico-reflexivo, cuja escolha se justifica pela possibilidade de integração teórica entre diferentes abordagens psicológicas. A revisão fundamentou-se em literatura clássica e contemporânea acerca da esquizofrenia, sob as perspectivas da Psicologia Analítica e da Terapia Cognitivo-Comportamental.

Foram selecionados livros, artigos científicos e produções acadêmicas relevantes para a temática, publicados prioritariamente nos últimos dez anos, sem prejuízo da inclusão de obras clássicas de Carl Gustav Jung e de Aaron Beck, em razão de sua relevância histórica e conceitual. Foram incluídos estudos publicados em português e inglês, que abordassem diretamente a esquizofrenia sob as perspectivas da Terapia Cognitivo-Comportamental e/ou Psicologia Analítica. A busca bibliográfica foi realizada entre julho e dezembro de 2025, utilizando bases de dados como PubMed, SciELO, PePSIC, Google Scholar e periódicos especializados em psicologia, como o *Journal of Analytical Psychology*. Os descritores foram combinados por meio de operadores booleanos (AND e OR), conforme as especificidades de cada base de dados.

Foram excluídos estudos publicados há mais de dez anos que não abordavam diretamente a Psicologia Analítica, bem como aqueles que limitavam a discussão da Terapia Cognitivo-Comportamental a abordagens exclusivamente biomédicas ou farmacológicas, sem contemplar intervenções psicoterapêuticas. Ressalta-se que obras clássicas foram mantidas independentemente do ano de publicação, em virtude de sua relevância histórica e conceitual para a compreensão do tema.

No que se refere à vertente cognitivo-comportamental, adotaram-se como referência central os modelos teóricos propostos por Aaron Beck, utilizando-se os descritores “esquizofrenia”, “terapia

cognitivo-comportamental” e “tratamento”. Os materiais selecionados foram analisados de forma qualitativa e analítica, considerando critérios como coerência teórica, consistência conceitual, relevância clínica e contribuição para o diálogo entre a Psicologia Analítica e a Terapia Cognitivo-Comportamental, em consonância com os objetivos do estudo.

3 REVISÃO

3.1 Considerações gerais sobre a esquizofrenia

A esquizofrenia é caracterizada por sintomas psicóticos graves e persistentes, déficits cognitivos e prejuízos sociais. Os primeiros sintomas geralmente ocorrem entre o final da adolescência e início da vida adulta. Ademais “a apresentação desse transtorno é heterogênea, e sua psicopatologia pode se expressar de diferentes formas tanto entre os indivíduos quanto ao longo do curso do tratamento” (QUEVEDO; IZQUIERDO, 2019).

A síndrome negativa ou sintomas negativos para Dalgalarondo (2019) é caracterizada pela perda de algumas funções psíquicas, como dificuldade em manter o foco, alterações na fala, lentidão em processar informações e empobrecimento da vida afetiva, cognitiva e social. Nesse âmbito, os sintomas negativos são compreendidos pelo distanciamento e aplainamento afetivo ou afeto embotado, empobrecimento da linguagem e pensamento, além de avolição e anedonia. Assim, observa-se que as perdas cognitivas oriundas dos sintomas negativos agravam e empobrecem consideravelmente a vida social, laboral e afetiva dos indivíduos com esquizofrenia.

Em contrapartida, os sintomas positivos são compreendidos como manifestações que se acrescentam ao funcionamento psíquico, sendo, portanto, novas manifestações do quadro esquizofrênico (Dalgalarondo, 2019). Dessa forma, os principais sintomas são compreendidos pelas alucinações, que são definidas como a percepção clara e definida de um objeto sem que este esteja presente; ideias delirantes e outras formas de distorção da realidade. Diante desse conjunto de sintomas, a esquizofrenia configura-se como um transtorno com grande impacto na qualidade de vida dos indivíduos. Estudos recentes apontam o comprometimento significativo da qualidade de vida de pacientes esquizofrênicos em relação à população geral (WANG, *et al.*, 2025). Esses comprometimentos, segundo o autor, se devem a múltiplas causas, podendo destacar os efeitos adversos das medicações, fatores psicossociais como a estigmatização do transtorno, o apoio social limitado e as dificuldades pessoais e interpessoais decorrentes dos sintomas. Assim, a

discussão entre Terapia Cognitivo-Comportamental e Psicologia Analítica permite aprofundar o entendimento dos sintomas, das cognições associadas e das possibilidades de intervenção clínica, tema que será desenvolvido nas seções seguintes.

3.2 Esquizofrenia na perspectiva da Psicologia Analítica

Na psicologia analítica, a esquizofrenia é compreendida como uma doença psicogênica, uma doença que não é somente de ordem genética, mas de fundo psicológico, diferente das classificações psiquiátricas descritivas. Na conferência de 1911 Jung elucidou que, ainda que houvesse destruição de células cerebrais, isso teria ocorrido secundariamente à vivência empírica (choque emocional). Não é descartado que poderia haver casos em que os processos orgânicos fossem primários e os distúrbios psíquicos secundários (JUNG, 2011).

Jung (2011) ocupou-se grande parte da sua vida, em estudar o que se passava na psique dos doentes mentais, uma vez que a psiquiatria se atentava principalmente ao diagnóstico e à medicação, não seguia uma investigação mais aprofundada. Tal afirmativa é essencial para compreensão da visão analítica, uma vez que para Jung o transtorno não se reduz somente a disfunções neurológicas. Segundo o Jung (1990), em um primeiro plano, lida-se com a consciência, fenômeno observável ao qual se acessa diretamente. O inconsciente jamais se encontra em repouso, quando o indivíduo se encontra em estado sofrimento psíquico intenso, nos quais a consciência se torna altamente perturbadora, o inconsciente entra em ação por meio do fenômeno da compensação psíquica, e delírios e alucinações emergem do inconsciente na consciência.

Partes essenciais do inconsciente são os chamados erros compensatórios, os quais são caracterizados por compensar virtudes conscientes. Diferentemente da neurose, na qual o ego mantém relativa integridade, na esquizofrenia os complexos inconscientes tornam-se autônomos, fragmentando a personalidade. Esses complexos passam a se expressar por meio de delírios, alucinações e produções simbólicas que, embora aparentemente caóticas, possuem um sentido psíquico interno. Assim, a psicose não é compreendida como ausência de significado, mas como uma expressão simbólica da psique em sofrimento (JUNG, 2011).

Quando complexos dotados de carga afetiva, oriundos de experiências vivenciadas, inundam o ego com imagens mitológicas, Jung denomina esse fenômeno de inconsciente coletivo, por se tratar de conteúdos pertencentes a todos os seres humanos,

decorrentes do desenvolvimento psicológico, assim como ocorre com o desenvolvimento dos órgãos.

Autores contemporâneos da psicologia analítica ressaltam que os conteúdos psicóticos frequentemente apresentam imagens arquetípicas, mitológicas e religiosas, indicando ativação intensa do inconsciente coletivo. Essa perspectiva desloca o olhar clínico da simples supressão dos sintomas para a tentativa de compreensão do significado dessas manifestações (SILVERSTEIN, 2014; MARCHESE, 2021).

Jung demonstrava cautela quanto à psicoterapia direta em casos graves de esquizofrenia, como em casos catatônicos, reconhecendo os limites da intervenção verbal quando o ego se encontra profundamente fragilizado (JUNG, 2011). No entanto, ele defendia que o vínculo humano, o ambiente terapêutico estável e a atitude simbólica do terapeuta poderiam exercer uma função organizadora.

Na clínica contemporânea, autores junguianos apontam que a psicoterapia analítica pode ser possível em casos estabilizados, especialmente quando integrada ao tratamento medicamentoso e uma rede de cuidados em saúde mental (ABRAMOVITCH, 2014). Recursos expressivos, como desenho, pintura, imaginação ativa e trabalho com imagens, são frequentemente utilizados como meios de expressão simbólica, respeitando o ritmo psíquico do paciente (MARCHESE, 2021).

É fundamental destacar que a abordagem analítica não se propõe a substituir tratamentos médicos, mas a complementar o cuidado, oferecendo espaço para a escuta do sofrimento subjetivo e para a construção de sentido diante da experiência psicótica (STEIN, 2019).

Por fim, um dos principais desafios da aplicação da Psicologia Analítica à esquizofrenia reside no risco da romantização da psicose, desconsiderando o sofrimento intenso e as limitações funcionais que ela impõe. Por isso, a atuação clínica exige rigor ético, articulação interdisciplinar e compromisso com a realidade social do paciente (ALVARENGA; SILVA, 2022).

3.3 Esquizofrenia na perspectiva da Terapia Cognitivo-Comportamental

A esquizofrenia é marcada por distúrbios na percepção, cognição, emoções e comportamento, incluindo sintomas positivos, sintomas negativos e comprometimento cognitivo. Estudos recentes têm mostrado que o tratamento farmacológico tradicional é limitado, porém, apresenta resultados mais significativos quando associado a intervenções psicoterápicas. Nesse sentido, a TCC se revelou uma opção de tratamento mais eficaz a longo prazo, uma vez

que ajuda a pessoa avaliar, desafiar e mudar suas crenças irracionais, levando a uma mudança em seu comportamento (XU; ZHANG, 2023).

A partir dessa perspectiva, o modelo cognitivo da esquizofrenia destaca os sintomas positivos, particularmente os delírios, por serem considerados elementos centrais na experiência subjetiva do transtorno e em seus prejuízos funcionais. Os delírios são crenças que produzem aflições e disfunções comportamentais nos indivíduos com esquizofrenia, resultando muitas vezes em internações. Para Beck (2010), uma crença só é delirante quando o paciente é controlado pelo delírio, mantém forte convicção na crença, impactando suas emoções e comportamentos, além de ter considerável significância e intensidade. Nesse sentido, o autor entende que os delírios devem ser compreendidos em termos de anormalidade dos processos de pensamento e não somente quanto a ideias irracionais, tendo critérios de constituição o conteúdo bizarro, comportamento estranho e resistência à contradição.

Com base nisso, Beck (2010) propõe um modelo explicativo para o desenvolvimento dos delírios fundamentado nas distorções cognitivas e nas crenças disfuncionais. Nesse contexto, ele compreende que as crenças disfuncionais exercem papel central na formação e manutenção dos delírios, sendo decorrentes de interpretações distorcidas, rígidas e absolutas da realidade. Tais crenças estão frequentemente associadas a temas de ameaça, perseguição, vulnerabilidade e desvalorização pessoal, levando o indivíduo a interpretar eventos neutros como perigosos ou autorreferentes. Essas crenças não surgem de forma isolada, mas se desenvolvem a partir de experiências emocionais significativas, que, quando associadas a pensamentos automáticos negativos e não questionados, tornam-se progressivamente mais consolidadas. Assim, o delírio passa a funcionar como uma explicação coerente para experiências negativas, exercendo grande influência sobre as emoções e os comportamentos do indivíduo.

Ademais, os delírios persecutórios, segundo o modelo cognitivo da esquizofrenia, apresentam diferentes origens, como o medo e a desconfiança, que, associados a experiências, tornam-se persistentes e disfuncionais (BECK, 2010). O autor ainda exemplifica uma mulher que assistiu a um jogo ilegal e posteriormente, começou a se questionar o que aconteceria caso a polícia descobrisse. Em seguida, ela começa a desconfiar de carros da polícia, policiais e pessoas ao telefone; observam-se, portanto, etapas para a formação do delírio como o medo, a insegurança, a capitalização de coincidências e semelhanças.

Tendo como base o modelo proposto por Beck (2010), o autor destaca a importância da identificação e da compreensão dos pensamentos automáticos nos casos de esquizofrenia, uma vez que esses pensamentos exercem influência direta sobre as emoções e os comportamentos. Nessa perspectiva, Beck (2010) considera que a psicoeducação acerca da patologia e da existência dos pensamentos automáticos constitui um recurso fundamental da Terapia Cognitivo-Comportamental, possibilitando que, em conjunto ao tratamento farmacológico, o paciente possa questionar e racionalizar suas interpretações da realidade, minimizando os impactos emocionais e funcionais dos sintomas.

De forma semelhante ao que ocorre com os delírios, o modelo cognitivo também oferece explicação para a compreensão das alucinações, que são entendidas como experiências perceptivas na ausência de estimulação externa e não estão sob controle voluntário. Ouvir vozes é um dos sintomas mais comuns na esquizofrenia, sendo considerado um dos sintomas de “primeira ordem” (SCHNEIDER, 1959 apud BECK et al., 2010). Nesse sentido, para o autor há três distinções de alucinações: aquelas em que o paciente ouve comentários sobre seu comportamento em segunda pessoa; pacientes que ouvem vozes que falam sobre eles na terceira pessoa e pacientes que ouvem seus próprios pensamentos.

Ademais, as alucinações auditivas podem ter amplas variações como ouvir vozes, zumbidos, batidas e às vezes até música (BECK, 2010). As palavras faladas descritas pelos pacientes geralmente consistem em comentários, críticas, comandos e ruminações, sendo essa muito observada em indivíduos que têm pensamentos obsessivos. De acordo com Beck (2010), as vozes podem refletir conteúdo da memória e pensamentos automáticos que o paciente tenha de si.

No que diz respeito à origem dessas experiências, Beck (2010) destaca o papel de eventos emocionais significativos. Tal situação pode ser entendida como qualquer situação que gere disforia, estresse e exacerbação de sentimentos, após o primeiro episódio, as vozes podem permanecer latentes ou serem ativadas em momentos de estresse. Além disso, situações que produzem sensações de vulnerabilidade, como o medo de ser criticado, atacado ou humilhado podem colaborar para a experiência alucinatória.

Embora existam diversas teorias acerca da formação das alucinações, o presente artigo enfatiza a teoria das cognições quentes de Beck. O autor descreve que as alucinações são representações da “voz interior”, que seguem um fluxo de consciência e que “saltam” espontaneamente, se tornando audíveis. Assim, esses pensamentos ao fluir pela consciência e desencadear

respostas emocionais, são chamadas de cognições quentes.

Nessa perspectiva, Beck (2010) explica que os pensamentos automáticos podem manifestar-se inicialmente em primeira pessoa, progredindo para vozes dirigidas ao próprio indivíduo na segunda pessoa, geralmente sendo pejorativas e censuradoras. O autor destaca que esses pensamentos costumam ser formulados como comentários direcionados ao paciente, tornando-se progressivamente mais vívidos e audíveis. Já as alucinações na terceira pessoa tendem a se desenvolver a partir de ideias de referência, nas quais o indivíduo interpreta estímulos neutros como se estivessem relacionados a si, contribuindo para consolidação da experiência alucinatória.

Conforme Xu e Zhang (2023), no tratamento de sintomas positivos é necessário questionar as evidências de pensamentos e deduções automáticas, utilizando-se de métodos socráticos, corrigindo distorções cognitivas e incentivando o pensamento crítico e lógico. Os autores destacam que “O princípio central é desafiar crenças sobre conteúdo, identidade e poder relacionadas às vozes, com o objetivo de empoderar os pacientes e fortalecer seu autocontrole sobre seu comportamento”.

Oliveira e Trentini (2022) apontam que, ao se tratar da avaliação e diagnóstico geral da esquizofrenia, é fundamental que esteja alinhada com a CID 11. Essa classificação caracteriza o transtorno por distúrbios em várias funções mentais, como pensamento, percepção e autoexperiência, estabelecendo para o diagnóstico apenas um mês de sintomas agudos, desde que não seja mais bem explicado por outro transtorno ou efeito de substâncias. Dessa forma, para complementar a avaliação conforme a CID-11, podem ser utilizados instrumentos validados no Brasil, que auxiliam na mensuração da intensidade dos sintomas, sendo eles: a subescala de sintomas positivos da Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) para dimensionar sintomas positivos e MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB) para dimensão cognitiva, conforme descrito em manuais diagnósticos e obras de referência baseadas na CID-11 (OLIVEIRA; TRENTINI, 2022).

Entretanto, no contexto da Terapia Cognitivo-Comportamental, a avaliação não se limita ao diagnóstico nosológico. A TCC fundamenta-se na formulação cognitiva, buscando compreender fatores antecedentes, evidências em favor das crenças, interpretações errôneas e as perturbações originárias que impactam na qualidade de vida do indivíduo (BECK, 2010). Nesse sentido, a fase de avaliação é voltada para a compreensão das dificuldades atuais do paciente, dos sintomas predominantes e de suas repercussões emocionais e comportamentais associadas ao delírio.

Além disso, ainda durante a fase de avaliação é essencial o estabelecimento de objetivos claros, sendo prioridade que os pacientes reconheçam que suas interpretações contribuem para o comprometimento de suas vidas e que estejam abertos a explorar possibilidades de melhoria (BECK, 2010; XU; ZHANG, 2023).

Para Beck (2010) o tratamento dos delírios usando a TCC “concentra-se em reduzir a convicção, a globalidade e a perturbação associadas a crenças que causaram sofrimento pessoal e comprometimento funcional”. Para se atingir esse objetivo, o autor aponta que a primeira etapa é compartilhar a conceitualização cognitiva das atuais dificuldades com o paciente, a fim de enfatizar os fatores situacionais e pessoais que interferem na permanência do delírio, além de normalizar e humanizar a experiência dele. A próxima etapa se baseia em auxiliar o indivíduo a identificar vieses e distorções cognitivas, utilizando do questionamento socrático para mudar as ideias de afirmações para possíveis hipóteses. Além das estratégias verbais, o terapeuta busca mudar o pensamento delirante, por meio de experimentos comportamentais para testar a veracidade das interpretações. Por exemplo, um paciente que acredita que se tornará violento ao estar em grupos com mais de 20 pessoas pode ser orientado a observar indivíduos em ambientes públicos, como cinemas ou locais com aglomeração, inicialmente a uma distância considerada segura. Gradualmente, esse processo permite a testagem da crença e a redução do medo associado à presença em grupos maiores.

De modo complementar, a TCC também propõe estratégias específicas para o manejo das alucinações, tendo como objetivo desacreditar e reduzir o impacto das vozes no dia a dia do paciente, e principalmente reduzir as crenças negativas acerca das mesmas. Como de prática clínica, o tratamento se inicia com a avaliação e nessa o terapeuta irá coletar informações básicas, buscando compreender as crenças sobre as vozes, seus antecedentes e impactos. Beck (2010) apresenta algumas perguntas básicas que podem ser feitas durante a avaliação, tais como: “O que a voz diz?”, “Quando você ouve a voz?”, “Como você se sente quando ouve as vozes?”, “A voz alguma vez te deixa feliz?”. Assim, é importante a realização dessas perguntas para compreender a maneira como o sujeito convive com as vozes e pensar se podem ser utilizadas de formas positivas no tratamento caso as vozes façam o indivíduo se sentir bem.

Como estratégia comportamental para o tratamento, (BECK 2010), pontua a “hora da voz”, compreendida como o período compreendida como o período em que o paciente pode intencionalmente focar na atividade da

voz, separando esse momento espera-se que aumente a percepção de controle sobre elas.

Apesar da TCC demonstrar grande relevância no tratamento da esquizofrenia, sendo recomendada por diretrizes internacionais como o National Institute for Health and Care Excellence (NICE), a Associação Americana de Psiquiatria e a Diretriz Clínica Holandesa para Psicose, sua base científica ainda é considerada controversa, apresentando desafios que limitam sua aplicabilidade universal (BERENDSEN et al., 2024). Entre os principais obstáculos identificados destacam-se as limitações metodológicas dos estudos e a ausência de padronização dos protocolos de intervenção.

A literatura aponta que a heterogeneidade das populações investigadas dificulta a generalização dos resultados, uma vez que diferenças culturais, socioeconômicas e clínicas nem sempre são consideradas de forma sistemática, comprometendo a uniformização dos achados (Ciofi Filho et al., 2024). Observa-se que, apesar da existência de uma quantidade considerável de produções científicas sobre o tema, a ampla variação entre as populações estudadas e as formas de aplicação da terapia, que diferem de acordo com o contexto e a região, tende a comprometer a obtenção de resultados mais consistentes.

Outro agravante relevante refere-se à dificuldade de engajamento de pacientes com sintomas mais graves. Segundo Ciofi Filho et al. (2024), indivíduos frequentemente afetados por déficits cognitivos e emocionais significativos apresentam resistência ou incapacidade de participar de forma ativa nas sessões terapêuticas. Nesse sentido, Berendsen et al. (2024) reforça que “a TCC apresenta resultados limitados sobre recaídas psicóticas, sintomas negativos e qualidade de vida, não estando plenamente em conformidade com algumas recomendações das diretrizes americanas e holandesas”.

Conforme discutido anteriormente, para que o paciente apresente melhora significativa de seus sintomas, é necessária uma relação terapêutica sólida, bem como um acompanhamento contínuo que favoreça a compreensão do modelo cognitivo, a identificação de gatilhos e o aprendizado do questionamento das crenças disfuncionais (CIOFI FILHO et al., 2024). A presença de sintomas graves, entretanto, pode dificultar a efetividade desse processo, colocando limites à intervenção cognitivo-comportamental.

Desse modo, a análise dos limites da Terapia Cognitivo-Comportamental evidencia não apenas desafios técnicos e metodológicos, mas também a necessidade de um olhar teórico mais integrativo, no qual a Psicologia Analítica se apresenta como uma linha

capaz de ampliar a compreensão clínica da esquizofrenia (BERENDSEN et al., 2024).

4 DISCUSSÃO

A compreensão dos sintomas constitui um ponto de divergência fundamental entre as abordagens teóricas voltadas à esquizofrenia, uma vez que a Terapia Cognitivo-Comportamental os concebe prioritariamente como manifestações de crenças disfuncionais passíveis de modificação, enquanto a Psicologia Analítica os entende como expressões simbólicas de conteúdos inconscientes que emergem na dinâmica psíquica do indivíduo.

A Terapia Cognitivo-Comportamental compreende a esquizofrenia como um transtorno no qual as crenças disfuncionais, pensamentos automáticos e distorções cognitivas, exercem papel central na manutenção dos sintomas (BECK, 2010). Em contrapartida, Jung não descarta as bases neurológicas e bioquímicas, seu aprofundamento na observação clínica, ao longo de anos de experiência, contribuiu para o enriquecimento de suas investigações, incluindo estudos na mitologia, filosofia e culturas da África e da Ásia, demonstrando que há um substrato psíquico comum a todos os seres humanos, o que auxilia na compreensão dos símbolos presentes nos delírios dos indivíduos com esquizofrenia.

As distinções teóricas entre as duas abordagens também implicam limites clínicos característicos, especialmente diante de quadros com sintomas graves, prejuízos cognitivos significativos e fragilidade do ego. Nesse contexto, a Terapia Cognitivo-Comportamental pode apresentar resultados menos consistentes em quadros mais severos, particularmente quando há sintomas negativos persistentes e baixo nível de insight. Além disso, para que o paciente apresente melhora significativa de seus sintomas, é necessária uma relação terapêutica sólida, bem como um acompanhamento contínuo que favoreça a compreensão do modelo cognitivo, a identificação de gatilhos e o aprendizado do questionamento das crenças disfuncionais (CIOFI FILHO et al., 2024). Ademais, revisões recentes apontam heterogeneidade metodológica nos estudos, variações nos protocolos de intervenção e diferenças nos instrumentos avaliativos utilizados, o que se configura como um obstáculo à maior uniformidade da abordagem e à obtenção de resultados clínicos mais homogêneos (BERENDSEN et al., 2024; CIOFI FILHO et al., 2024).

Por outro lado, na Psicologia Analítica, também se reconhecem limites importantes no tratamento da esquizofrenia, especialmente em quadros marcados por sintomas positivos, como delírios e alucinações, nos quais o paciente vivencia concretamente os conteúdos

simbólicos, dificultando os processos de simbolização e interpretação. Ademais, nos sintomas negativos observa-se frequentemente o retraimento psíquico do indivíduo, o que compromete o estabelecimento da transferência, elemento central para o manejo clínico nessa abordagem. Nessas situações, recomenda-se que o profissional priorize intervenções voltadas ao fortalecimento do ego, de forma integrada ao tratamento psiquiátrico, reconhecendo os limites técnicos e éticos da atuação clínica (ALVARENGA; SILVA, 2022).

Considerando os desafios clínicos identificados tanto na Terapia Cognitivo-Comportamental quanto na Psicologia Analítica, torna-se pertinente refletir sobre os limites e as contribuições dessas abordagens no tratamento da esquizofrenia. Conforme discutido, a Terapia Cognitivo-Comportamental, fundamentada na identificação e modificação de crenças disfuncionais, apresenta contribuições relevantes para o manejo dos sintomas psicóticos, embora demonstre limitações em quadros mais graves, com sintomas negativos persistentes e baixo nível de insight, além de heterogeneidade metodológica nos protocolos de intervenção (BECK, 2010; BERENDSEN et al., 2024; CIOFI FILHO et al., 2024). Por sua vez, a Psicologia Analítica oferece uma compreensão aprofundada da dimensão simbólica e subjetiva das experiências psicóticas, especialmente dos delírios e alucinações, ao compreendê-los como expressões de conteúdos inconscientes, ainda que enfrente limites clínicos relacionados à fragilidade do ego, à dificuldade de simbolização e ao manejo da transferência em casos mais graves (ALVARENGA; SILVA, 2022).

Desse modo, a comparação entre o trabalho cognitivo de reestruturação das crenças e a investigação do significado subjetivo das vivências psicóticas evidencia diferentes formas de compreender os sintomas psicóticos, além de destacar seus alcances e limitações no tratamento do transtorno.

5 CONCLUSÃO

O presente artigo atingiu os objetivos propostos, mostrando que ambas as linhas teóricas, Terapia Cognitivo-Comportamental e Psicologia Analítica, apresentam contribuições relevantes para a compreensão e a prática clínica acerca da esquizofrenia. O estudo contribui para uma maior compreensão do transtorno, que apresenta complexidade na sua caracterização e tratamento.

Nesse sentido, enquanto a TCC busca analisar a esquizofrenia a partir do funcionamento das crenças disfuncionais, a Psicologia Analítica propõe uma compreensão da vivência subjetiva do indivíduo e da

interpretação de seus conteúdos simbólicos. Diante dos limites de cada abordagem, destacam-se, na TCC, as dificuldades de padronização e de intervenção em casos mais graves, bem como, na Psicologia Analítica, os desafios relacionados à sua aplicação clínica em determinados contextos, sem desconsiderar suas contribuições, como a autonomia dos complexos e a dissociação do ego, além de propor uma leitura do indivíduo em sua totalidade, considerando dimensões sociais, simbólicas e biológicas.

Assim, evidencia-se a complexidade da esquizofrenia e a importância do diálogo entre diferentes abordagens para a ampliação da compreensão do transtorno, além de apontar limitações e possibilidades para futuras investigações.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOVITCH, Yehuda. *Jung's understanding of schizophrenia: is it still relevant in the "era of the brain"?* *The Journal of Analytical Psychology*, v. 59, n. 2, p. 229–244, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24673276/>. Acesso em: 10 dez. 2025.
- ALVARENGA, P. R. S.; SILVA, A. P. L. **Atuação do psicólogo frente ao comportamento suicida: intervenções e desafios na clínica contemporânea.** *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, São Paulo, v. 8, n. 10, p. 1184–1199, 2022.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5-TR: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.
- BECK, A. T.; RECTOR, N. A.; STOLAR, N.; GRANT, P. **Terapia cognitiva da esquizofrenia.** Porto Alegre: Artmed, 2010.
- BERENDSEN, Steven et al. **Cognitive behavioural therapy for the treatment of schizophrenia spectrum disorders: an umbrella review of meta-analyses of randomised controlled trials.** *Cognitive Behaviour Therapy*, 2024. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589537023005692>. Acesso em: 10 dez. 2025.
- CIOFI FILHO, Adir José et al. **Terapia cognitivo-comportamental no tratamento da esquizofrenia: uma revisão integrativa.** *Revista FT: Ciências da*

Saúde, v. 29, n. 140, nov. 2024. Disponível em: <https://revistaft.com.br/terapia-cognitivo-comportamental-no-tratamento-da-esquizofrenia-uma-revisao-integrativa/>. Acesso em: 10 dez. 2025. DOI: 10.69849/revistaft/os102411270914.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

JUNG, Carl Gustav. **A dinâmica do inconsciente**. Petrópolis: Vozes, 1990.

JUNG, C. G. **A psicogênese das doenças mentais**. Petrópolis: Vozes, 2011.

JUNG, C. G. **O eu e o inconsciente**. Petrópolis: Vozes, 2013.

MARCHESE, Fulvio et al. **Psychosis, symbol, affectivity 1: etiopathogenesis and treatment through analytical psychology**. *Journal of Analytical Psychology*, 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1468-5922.12664>. Acesso em: 10 dez. 2025.

OLIVEIRA, S. E. S.; TRENTINI, C. M. **Avanços em psicopatologia: avaliação e diagnóstico baseados na CID-11**. Porto Alegre: Artmed, 2022.

QUEVEDO, João; IZQUIERDO, Ivan. **Neurobiologia dos transtornos psiquiátricos**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

SILVERSTEIN, S. M. **Jung's views on causes and treatments of schizophrenia in light of current trends in cognitive neuroscience and psychotherapy research I: aetiology and phenomenology**. *Journal of Analytical Psychology*, v. 59, n. 1, p. 98–129, fev. 2014. DOI: 10.1111/1468-5922.12057. PMID: 24467355.

SOMMER, I. E. et al. **O tratamento de alucinações em transtornos do espectro da esquizofrenia**. *Schizophrenia Bulletin*, v. 38, n. 4, p. 704–714, 2012. DOI: 10.1093/schbul/sbs034. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs034>. Acesso em: 08 dez. 2025.

STEIN, Murray. **Psicologia Analítica: uma introdução**. 10. ed. São Paulo: Cultrix, 2019.

WANG, Y. C. et al. **Quality of life in patients with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of case-control studies**. *Schizophrenia Research*, v. 286, p. 112–124, dez. 2025. DOI: 10.1016/j.schres.2025.10.019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41197176/>. Acesso em: 28 dez. 2025.

XU, F.; ZHANG, H. **Application of cognitive behavioral therapy in patients with schizophrenia: a review**. *Medicine*, v. 102, n. 32, e34827, 2023. DOI: 10.1097/MD.00000000000034827. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000034827>. Acesso em: 08 dez. 2025.
